

MARGARIDA MARIA COUTO RIBEIRO

O *setting* como fator terapêutico na prática clínica: Construção e validação de um instrumento de avaliação do manejo do *setting*

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador - Doutor Carlos Farate

Categoria - Professor Afiliado

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Co-orientadora - Doutora Susana Ramos

Categoria - Professora Auxiliar de Nomeação Definitiva

Afiliação - Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

Co-orientadora - Doutora Manuela Fleming

Categoria - Professora Catedrática

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.



Bolsa de investigação com a referência 1554431, atribuída pela *International Psychoanalytical Association - Evaluation of Research Proposals and Results Subcommittee* (IPA-CERP), Junho de 2010.

Aos meus mestres



Aos meus doentes



## Agradecimentos

Quando fechamos uma tarefa que corresponde a um ciclo de saberes, o processo de aprendizagem (nem sempre linear) e o resultado do trabalho o final provêm também de um conjunto de pessoas que contribuíram para esse crescimento. Desta forma, muitos são aqueles a quem gostaria de agradecer, de dirigir a minha gratidão, sabendo, no entanto, que dificilmente conseguirei incluí-las a todas nestas linhas.

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Farate, pelo convite que me foi dirigido para trabalhar no estudo aqui apresentado, pelo modo inteligente com que orientou esta dissertação, e, também, pela liberdade de ação que me proporcionou. A sua conduta possibilitou-me enveredar por novos caminhos, de descoberta individual ou acompanhada, que muito contribuíram para o conjunto de novas aprendizagens adquiridas.

Agradeço à Professora Doutora Susana Ramos, pela sua capacidade de organização e pelo inestimável apoio e acompanhamento em áreas fundamentais, que me permitiram grande evolução em novos conhecimentos.

Agradeço à Professora Doutora Manuela Fleming por ter aceite fazer parte deste projeto, pelas palavras de estímulo e pelo apoio presente sempre que solicitado.

Agradeço ao Professor Doutor Nuno Torres pelas críticas e sugestões pertinentes efetuadas no âmbito da sua participação no Júri da prova pública para apreciação do trabalho desenvolvido no ano probatório do Doutoramento.

Aos professores do Departamento de Sistemas de Informação da Universidade do Minho pela colaboração e disponibilidade no uso das plataformas *online* aí sediadas.

Aos colegas que acederam contribuir com a sua participação nos painéis de peritos, nos diferentes momentos do trabalho realizado.

Às direções das sociedades científicas que certificam a formação e a prática da psicoterapia em Portugal pela colaboração no trabalho de divulgação do estudo e na recolha de dados.

À Ana gostaria de deixar uma nota de agradecimento muito especial pelo apoio inestimável, pela valiosa amizade, pelos momentos de boa disposição, pela capacidade de rir e transmitir alegria.

À Marina, para além da amizade, pela sua mestria na atitude íntegra e nas palavras sensatas sempre apropriadas a cada momento.

À Paula Santos, por toda a amizade que se supera e resiste às horas intermináveis de trabalho de formatação do texto.

À Paula Arnaut, pela a amizade que se reinventa a cada momento, pelas sugestões, pelas correções, e porque a “Invicta”, afinal, não é assim tão longe!

À Ló, pela disponibilidade para a leitura da tese e sugestões de correção de texto, que muito contribuíram para a sua melhoria.

A todos os mestres com os quais, por felicidade ou acaso, tive oportunidade de me cruzar e generosamente me deixaram sempre um uma lição: uma lição académica, uma lição de vida.

Aos meus amigos, que nunca falharam o seu apoio e me acompanharam nos melhores e piores momentos. Com eles, todos os momentos ficam felizes.

À minha família, com particular carinho e gratidão à minha mãe e ao meu irmão, pelo apoio incondicional, e a quem continuo a agradecer. Sempre.



## Resumo

A investigação em psicoterapia tem vindo a dar particular relevo aos estudos sobre processo e resultados terapêuticos. A importância atribuída a noções como a *evidence-based practice in psychology* implica uma avaliação empírica cada vez mais rigorosa dos resultados terapêuticos. Sendo o *setting* terapêutico um fator transversal aos diferentes modelos teóricos não é difícil compreender o interesse em aprofundar o conhecimento da sua dinâmica, bem como a importância em perspetivar a avaliação do seu impacto nos resultados do tratamento. Por outro lado, verificamos na literatura uma escassez de estudos sobre o *setting*, bem como de instrumentos que permitam uma melhor compreensão da forma como o psicoterapeuta usa esta variável.

O presente estudo partiu precisamente do ensaio de operacionalização do *setting* como variável do processo terapêutico, que, para esse efeito, foi redefinida como estilo de manejo do *setting* por parte do psicoterapeuta. O objetivo principal deste estudo foi, a construção de um instrumento psicométrico original para a avaliação do manejo do *setting*: a Escala de *Setting* Terapêutico (EST). A fim de cumprir este objetivo foram também adaptados para a língua portuguesa mais dois instrumentos de autorresposta dirigidos ao terapeuta, os quais são utilizados nos estudos de validade da EST: o *Therapeutic Identity Questionnaire: a questionnaire about training, experience, style and values* (ThId) e a *Feeling Checklist* (FC).

A investigação empírica teve por base um estudo multimétodo, repartido por três fases, com metodologias e amostras diferentes. Na primeira fase foram elaborados os itens para a futura Escala de *Setting* Terapêutico e realizada a tradução e adaptação cultural dos instrumentos ThId e FC. Na segunda fase foram selecionados os itens para a primeira versão da EST pelo recurso à metodologia *q-sort* e realizado o estudo exploratório das características psicométricas dos outros dois instrumentos. A terceira e última fase foi

concretizada pelo estudo das características psicométricas dos três instrumentos, a partir de um questionário realizado com recurso a ferramentas *Web*, conduzido numa amostra de psicoterapeutas de diferentes orientações teóricas, inscritos nas principais sociedades científicas que certificam a formação e a prática da psicoterapia em Portugal.

Os resultados mais significativos de cada um dos estudos efetuados nas três fases da investigação mostram, por um lado, que as versões em língua portuguesa dos instrumentos utilizados para testar a validade convergente e discriminante da escala em construção, respetivamente o Thld e a FC, revelam propriedades psicométricas adequadas. Por outro lado, as análises levadas a cabo para a EST fizeram emergir dois fatores: a “Estratégia relacional” e a “Conduta terapêutica”, sendo que, globalmente, ficou provada a validade de construto, já que a escala parece avaliar satisfatoriamente o manejo do *setting* por parte do terapeuta. De facto, a EST apresentou níveis adequados de fiabilidade, bem como de validade convergente e discriminante. Tratando-se do primeiro instrumento original que avalia o *setting* terapêutico, apresentou também algumas limitações, as quais sugerimos que venham a ser colmatadas em investigações futuras.

Pensamos que a Escala de *Setting* Terapêutico, desenvolvida ao longo do presente trabalho, se apresenta como um instrumento promissor para a avaliação do modo como, no interior da sessão terapêutica, o psicoterapeuta maneja o *setting* na relação com o paciente. Para além da construção deste instrumento original, realçamos ainda a disponibilização das versões em língua portuguesa de dois instrumentos psicométricos, particularmente úteis nos estudos sobre processo e resultados terapêuticos.

**Palavras-chave:** processo terapêutico; Escala de *Setting* Terapêutico; avaliação; estilo terapêutico; propriedades psicométricas.

## **Abstract**

Research in psychotherapy has been giving particular emphasis to the studies on therapeutic process and outcome. The importance assigned to notions such as evidence-based practice in psychology involves an increasingly rigorous empirical evaluation of the therapeutic outcome. Considering that the therapeutic setting is a cross factor to the different theoretical models, it is not difficult to understand the interest in deepening the knowledge of its dynamics as well as the importance in approaching the assessment of its impact on the treatment outcome. Besides, in addition to the absence of relevant studies on setting, there are almost no instruments to allow a better understanding of how the psychotherapist uses this variable.

The present study departed, precisely, from the operationalization test of the setting as a variable of the therapeutic process, which, for that purpose, has been redefined as the setting style management by the psychotherapist. Thus, the main objective of this study was the construction of an original psychometric instrument for assessing the management of setting: the Therapeutic Setting Scale (TSS). In order to achieve this goal, two other auto-response by the therapist instruments were adapted into Portuguese, both of which are used in the study of the validity of TSS: the Therapeutic Identity Questionnaire: a questionnaire about training, experience, style and values (ThId) and the Feeling Checklist (FC).

The empirical research has used a multimethod study, spread over three stages, with different methodologies and samples. In the first phase the items for the future Therapeutic Setting Scale were prepared and ThId and FC were translated and culturally adapted. In the second phase the items for the first TSS version were selected by using the q-sort methodology and an exploratory study of the psychometric characteristics of the other two instruments was conducted. The third and final phase was completed by the study of the psychometric characteristics of the three instruments. The study was based on a survey

carried out with the use of Web tools and conducted on a sample of psychotherapists from different theoretical orientations, enrolled in major scientific societies that certify the training and practice of psychotherapy in Portugal.

The most significant results of each of the studies carried out in the three phases of research show, on the one hand, that Portuguese language versions of the instruments used to test the convergent and discriminant validity of the scale under construction, respectively ThId and FC, revealed adequate psychometric properties. On the other hand, the analyses undertaken for the TSS led to the emergence of two factors: “Relational strategy” and “Therapeutic conduct”. The validity of the construct was globally proved, since the scale seems to assess satisfactorily the management of the setting by the therapist. In fact, the TSS has shown both adequate levels of reliability and convergent and discriminant validity. Being the first original instrument that assesses the therapeutic setting, it also presented some limitations, which we suggest that should be addressed in future investigations.

We believe that the range of the Therapeutic Setting Scale, developed throughout this work, presents itself as a promising instrument for the assessment of how the psychotherapist handles the setting in the relationship with the patient, within the therapeutic session. In addition to the construction of this unique instrument, we must highlight the importance of the availability of the Portuguese versions of the two psychometric instruments, particularly useful in studies on therapeutic process and outcome.

**Key words:** therapeutic process; Therapeutic Setting Scale; assessment; therapeutic style; psychometric properties.

## Publicações

Couto, M., Farate, C., Torres, N., Ramos, S., & Fleming, M. (2013). Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo através do Therapeutic Identity Questionnaire - ThId. *Avaliação Psicológica*, 12(1), 61-70.

Couto, M., Farate, C., Ramos, S., & Fleming, M. (2011). A metodologia Q nas ciências sociais e humanas: O resgate da subjectividade na investigação empírica. *Psicologia*, 25(2), 7-21.

Couto, M., Torres, N., Farate, C., Sandell, R., Ramos, S., & Fleming, M. (submetido). A validation of the Portuguese version of the Therapeutic Identity (ThId) Questionnaire. *Psychotherapy Research*.

## Trabalhos apresentados em reuniões científicas

Couto, M., Farate, C., Torres, N., C., Ramos, S., & Fleming, M. (2012, Outubro). *Therapeutic style and countertransference feelings: regularities and differences between Psychodynamic and CBT therapists*. Comunicação apresentada na 3rd Joint Meeting of the European and United Kingdom Chapters of the Society for Psychotherapy Research, Porto, Portugal. Abstract em <http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=341>

Farate, C., Couto, M., Torres, N., C., Ramos, S., & Fleming, M. (2012, Outubro). *Therapeutic Identity and Countertransference: empirical specificity as independent measures of therapeutic relationship*. Poster apresentado na 3rd Joint Meeting of the European and United Kingdom Chapters of the Society for Psychotherapy Research, Porto, Portugal. Abstract em <http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=341>

Couto, M., Farate, C., Ramos, S., & Fleming, M. (2012, Junho). *EMDR, setting and therapeutic relationship: a comparative study with CBT and psychoanalytic therapists*. Poster apresentado na 13th European EMDR Conference - EMDR: A Healing Pathway, Madrid, Spain.

Couto M., Farate C., Ramos S., Torres, N. & Fleming, M. (2011, Março). *Therapeutic attitude, personal style and countertransference feelings: regularities and differences between psychodynamic and CBT therapists - some reflections on preliminary data*. Comunicação apresentada na Joseph Sandler Research Conference 2011 - Research training programme, Fellows day, Frankfurt, Alemanha.

Farate, C., Couto, M., Ramos, S., Fleming, M. (2009, Outubro). *The clinical usefulness of setting as treatment variable: the process of building the "management of the setting questionnaire"*. Poster apresentado no congresso da Society for Psychotherapy Research, Canadian Meeting - Building Bridges Between Research and Practice, Montreal, Canada.

Couto, M., Farate, C., Ramos, S., Fleming, M. (2009, Julho). *O setting como fator terapêutico na prática clínica: construção e validação de um instrumento de avaliação do manejo do setting*. Comunicação apresentada nas I<sup>as</sup> Jornadas de Investigação em Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, Lisboa, Portugal.

Farate C., Couto M., Ramos S. & Fleming, M. (2009, Março). *The issue of measuring setting as treatment variable: theoretical challenge and clinical uncertainties*. Comunicação apresentada na International Psychoanalytical Association - Research training programme, Fellowsday, Frankfurt, Alemanha.

# ÍNDICE

Introdução	21
<b>PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>Capítulo 1 . Psicoterapia: Perspetiva histórica e posição atual</b>	29
1. Psicoterapia: Perspetiva histórica e posição atual	31
<b>Capítulo 2 . Domínios de investigação em psicoterapia</b>	37
2.1. Fatores comuns às diferentes abordagens	39
2.2. Fatores de mudança terapêutica	42
2.3. Fatores ligados ao estilo do terapeuta	44
2.4. Fatores relacionais e de contexto	49
2.4.1. A relação terapêutica	49
2.4.2. A aliança terapêutica	50
2.4.3. O <i>setting</i> terapêutico como variável relacional:	
As patologias da era digital e a psicoterapia “à distância”	55
2.5. <i>Setting</i> e responsividade terapêutica	64
2.6. Síntese	66

## PARTE II. METODOLOGIA E ESTUDOS EMPÍRICOS

<b>Capítulo 3 .</b> Objetivos e metodologia geral	69
3.1. Objetivos gerais	71
3.2. Fases da investigação	72
3.3. Instrumentos	75
3.4. Participantes e procedimentos	77
3.5. Ética da investigação	77
3.6. Tratamento estatístico de dados	78
 <b>Capítulo 4 .</b> Primeira fase - Estudos preliminares	79
4.1. Introdução	81
4.2. Descrição dos instrumentos	82
4.3. Tradução e adaptação dos instrumentos <i>Therapeutic Identity Questionnaire</i> e <i>Feeling Checklist</i>	85
4.4. Estudo preliminar sobre o construto <i>setting</i> terapêutico	86
4.5. Construção dos itens para a Escala de <i>Setting</i> Terapêutico	90
 <b>Capítulo 5 .</b> Segunda fase - Estudos intermédios	95
5.1. Construção da Escala de <i>Setting</i> Terapêutico	97
5.1.1. Seleção dos itens para a versão inicial da Escala de <i>Setting</i> Terapêutico	97
5.1.2. A metodologia Q nas ciências sociais e humanas: O resgate da subjectividade na investigação empírica	99
5.1.3. Estudo Delphi com <i>q-sort</i>	111
5.1.4. Resultados do estudo Delphi com <i>q-sort</i>	121
5.1.5. Escala de <i>Setting</i> Terapêutico	133
5.2. Estudo exploratório da primeira versão Portuguesa do <i>Therapeutic Identity Questionnaire</i> e da <i>Feeling Checklist</i>	137
5.2.1. Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo através do <i>Therapeutic Identity Questionnaire</i> - ThId	138
5.2.2. Estudo exploratório da primeira versão Portuguesa da <i>Feeling Checklist</i>	153



<b>Capítulo 6 . Terceira fase - Resultados</b>	157
6.1. Introdução	159
6.2. Método	160
6.2.1. Participantes	160
6.2.2. Procedimentos	163
6.3. Estudo da estrutura fatorial e das características psicométricas da versão portuguesa do <i>Therapeutic Identity Questionnaire</i>	167
6.3.1. <i>A validation of the Portuguese version of the Therapeutic Identity (ThId) Questionnaire</i>	168
6.4. Estudo da estrutura fatorial e das características psicométricas da versão portuguesa da <i>Feeling Checklist</i>	181
6.4.1. Análise estatística	181
6.4.2. Resultados	183
6.4.3. Discussão	191
6.5. Estudo da estrutura fatorial e características psicométricas da Escala de <i>Setting</i> Terapêutico	194
6.5.1. Análise estatística	194
6.5.2. Resultados	195
6.5.3. Discussão	205
 <b>Capítulo 7 . Discussão dos resultados e considerações finais</b>	 209
7.1. Discussão dos resultados	211
7.2. Limitações do estudo	214
7.3. Implicações e sugestões para investigação futura	215
 <b>Referências</b>	 217

## **Anexos**



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**ACP** - Análise das Componentes Principais

**AEMDRP** - Associação EMDR Portugal

**APA** - American Psychological Association

**APPPP** - Associação Portuguesa de Psicanálise e  
Psicoterapia Psicanalítica

**APTCC** - Associação Portuguesa de Terapias  
Comportamental e Cognitiva

**CPHS** - Committees for Protecting Human Subjects

**DSM** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental  
Disorders

**EMDR** - Eye Movement Desensitization and  
Reprocessing

**EST** - Escala de Setting Terapêutico

**FC** - Feeling Checklist

**ICD** - International Classification of Diseases

**IPA** - International Psychoanalytical Association

**IRB** - Institutional Review Board

**ISMHO** - International Society for Mental Health Online

**ITC** - International Test Commission

**NIMH** - National Institute of Mental Health

**OPP** - Ordem dos Psicólogos Portugueses

**RT** - Responsividade Terapêutica

**SPP** - Sociedade Portuguesa de Psicanálise

**SPP** - Sociedade Portuguesa de Psicodrama

**SPR** - Society for Psychotherapy Research

**TCC** - Terapia cognitivo-comportamental

**ThId** - Therapeutic Identity Questionnaire: a questionnaire  
about training, experience, style, and values



## INTRODUÇÃO

---



## Introdução

23

A psicoterapia é, desde os seus primórdios, indissociável da ideia da abordagem compreensiva dos conteúdos psíquicos do paciente em sofrimento. O processo psicoterapêutico desenvolve-se com base na análise fenomenológica da narrativa do paciente sobre o impacto existencial dos sintomas que afetam a relação consigo próprio, com o outro e com o ambiente em que vive e se movimenta. Esta ideia fundadora do tratamento psicológico das doenças mentais e psiquiátricas, à qual o conceito de psicoterapia está intimamente ligado, tem implicações importantes, seja no desenvolvimento do processo terapêutico e das metodologias utilizadas para a avaliação dos seus resultados, seja nas condições de instituição da prática terapêutica própria a (e definitiva de) um determinado modelo de tratamento.

A consciência da necessidade de aprofundar este último ponto constitui o “fio condutor” da escolha do *setting* como objeto de estudo neste trabalho de investigação empírica sobre o processo psicoterapêutico. Com efeito, todo o processo psicoterapêutico, independentemente do modelo de orientação teórica subjacente à sua prática, decorre num espaço-tempo específico a um determinado par terapêutico, que é, simultaneamente, “pano de fundo” do tratamento e enquadramento da relação entre terapeuta e paciente.

O *setting* tem sido remetido, por alguns autores, para o ambiente físico e para as condições operativas contratualizadas por terapeuta e paciente, sendo estas constantes que balizam o espaço-tempo em que decorre a psicoterapia (Etchegoyen, 1987; Leal, 2000, 2008). Contudo, outros autores atribuem-lhe um carácter dinâmico e estrutural, chegando a avançar a tese de que se trata de uma variável do processo terapêutico e de um instrumento técnico significativo, cujo manejo eficaz no interior da sessão terapêutica contribui para o sucesso do tratamento (Böhm, 2004; Farate, 2012; Langs, 1979). Nesta última perspetiva, o conceito de *setting* adquire um carácter relacional que influencia uma

conduta técnica e uma ética da relação que estão para além das contingências do contexto físico e das condições contratuais que balizam o encontro entre psicoterapeuta e paciente.

24 A revisão da literatura permite-nos perceber que os estudos sobre o processo terapêutico e respetivos resultados têm mostrado que os aspetos técnicos específicos a uma determinada orientação teórica são menos definidores da sua eficácia terapêutica do que os fatores relacionais, os fatores ligados ao terapeuta e/ou ao paciente ou até os fatores de contexto, os quais, de um modo geral, são comuns às diferentes abordagens teóricas (Byrd, Patterson, & Turchik, 2010; Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, & Gallop, 2011; DeFife & Hilsenroth, 2011; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds, & Wampold, 2012; Heinonen, Lindfors, Laaksonen, & Knekt, 2012; Martin, Garske, & Davis, 2000; Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004).

Com o presente estudo pretendemos, contribuir para uma definição inovadora de um desses fatores comuns, o *setting* tomado como “cenário terapêutico” do encontro entre terapeuta e paciente, reavaliando a sua especificidade e aproximando-o dos outros fatores comuns referidos na literatura especializada (Grencavage & Norcross, 1990). Para tal, propomos que o *setting* passe a ser abordado como variável relacional interveniente no processo terapêutico, ao invés de continuar a ser considerado como mero fator de contexto de um determinado tratamento.

Esta mudança de estatuto conceptual tem, como contrapartida operativa, a noção de manejo do *setting*. Por manejo do *setting* entendemos um conjunto de ações do psicoterapeuta que dão conta da forma como conduz a relação com o paciente. Referimo-nos, mais precisamente, à sua resposta objetiva aos comportamentos e reações emocionais do paciente no interior da sessão, que pode ser operacionalizada em asserções tais como: “O que é que o terapeuta faz?” ou, ao invés, “O que é que (o terapeuta) não faz?” em resposta às atitudes do paciente; “O que é que (o terapeuta) deixa que o paciente faça?”, ou “O que é que não deixa que o paciente faça?”; em suma, quais são as estratégias a que o terapeuta recorre para manter a coerência da relação com o paciente no espaço-tempo em que decorre a sessão terapêutica.

Referimo-nos aqui, a dimensões técnicas e éticas que estão para além da formação teórica de base e do estilo pessoal do psicoterapeuta, e que se concretizam no manejo objetivo da relação terapêutica com um determinado paciente (Marque & Gomes, 2006), tornando-se importante perceber o modo como o psicoterapeuta responde, por exemplo, às “infrações” do paciente, sobretudo sob a forma do *acting-out* ou de reações terapêuticas



(transferências) negativas (Holmqvist, Hill, & Lang, 2007; Westen & Muderrisoglu, 2003).

Este alargamento de perspectiva sobre o papel desempenhado pelo *setting* respeita, como é natural, a delimitação teórica e técnica relativamente a outros fatores comuns ou a outras variáveis relevantes para a gestão da relação terapêutica por parte do psicoterapeuta (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Hoglend et al., 2011; Marmarosh & Kivlighan, 2012; Martin et al., 2000).

Em linha com as reflexões introdutórias a este trabalho, o objetivo principal deste estudo consiste na construção de um instrumento psicométrico original para a avaliação abrangente do manejo do *setting* por parte do psicoterapeuta, a “Escala de *Setting* Terapêutico” (EST).

25

A fim de concretizar o objetivo principal deste projeto de investigação foi desenvolvido, em diferentes etapas da investigação, um conjunto de estudos com recurso a metodologias diferentes, mas complementares, que serão apresentados no quadro desta dissertação.

Assim, a primeira parte da dissertação (Parte I) trata do enquadramento teórico do tema e da revisão da literatura, e é subdividida em dois capítulos. O capítulo 1 é dedicado à apresentação da perspectiva histórica e da posição atual da evolução do movimento psicoterapêutico.

No capítulo 2 são expostos os domínios da investigação em psicoterapia e é dada uma atenção particular aos fatores comuns aos diferentes modelos terapêuticos. É, ainda, atribuído um destaque particular ao conceito de *setting* terapêutico, através da revisão crítica da sua colocação teórica e técnica, e evolução contextual.

A segunda parte deste trabalho (Parte II) é dedicada aos estudos empíricos que foram desenvolvidos para concretizar os objetivos por nós delineados para a presente dissertação e reparte-se por cinco capítulos.

O capítulo 3 reporta os objetivos fundamentais do estudo e a metodologia geral que serviu de base à condução da investigação. Os estudos estão distribuídos por três fases, que designamos, respetivamente, por “Estudos preliminares” (primeira fase), “Estudos intermédios” (segunda fase) e “Resultados” (terceira fase), as quais são descritas e apresentadas em diagrama neste mesmo capítulo.

O capítulo 4 relata a primeira fase dos estudos, os “Estudos preliminares”, e nele são descritos os instrumentos utilizados para o processo de validação da EST: o *Therapeutic*

*Identity Questionnaire* (Thld) e a *Feeling Checklist* (FC), cujos processos de tradução e de construção das versões experimentais são apresentados neste capítulo.

No capítulo 5 são relatados os estudos intermédios do processo de construção da primeira versão da EST: o estudo *q-sort* e os estudos exploratórios das versões experimentais em língua portuguesa dos instrumentos psicométricos acima referidos. Fazem ainda parte deste capítulo dois artigos já publicados, um relativo à descrição da metodologia Q (*q-sort*) e outro correspondente aos dados encontrados no estudo da primeira versão portuguesa do Thld.

26

No capítulo 6 são apresentados os resultados relativos ao grupo de psicoterapeutas a quem foi aplicado o protocolo de investigação constituído pelos três instrumentos em estudo. São descritos os estudos da estrutura fatorial e das características psicométricas das versões portuguesas do Thld e da FC, seguido dos mesmos estudos para a EST. Primeiramente é apresentada a metodologia utilizada e depois é exposta a análise estatística e os resultados para cada um dos instrumentos.

Finalmente, o capítulo 7 é dedicado à discussão crítica e integrativa dos resultados mais significativos dos estudos realizados, devidamente articulada com os objetivos propostos para esta investigação, e é seguido pelas considerações finais, seja em termos das limitações do estudo, seja em termos das suas implicações e das sugestões para investigações futuras nesta área.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



# CAPÍTULO 1

## Psicoterapia: Perspetiva histórica e posição atual

---

### 1. Psicoterapia: Perspetiva histórica e posição atual



## 1. Psicoterapia: Perspetiva histórica e posição atual

31

Apesar de a psicoterapia ser relativamente recente na história da humanidade, uma vez que o seu início pode ser reportado ao período entre o final do século XIX e o começo do século passado, já percorreu um longo caminho desde os seus primeiros passos. Na época a psicoterapia foi percebida como um “novo movimento”, eventualmente promissor mas ainda pouco claro e caracterizado pela ênfase na mudança e em desenvolvimentos significativos na compreensão clínica e psicopatológica das afeções psiquiátricas mais comuns. Refira-se, primeiramente, como “marca d’água” do então futuro movimento psicoterapêutico, a controvérsia entre escolas e sistemas de pensamento no que diz respeito aos conceitos teórico-clínicos de base às abordagens de tratamento do sofrimento psíquico e à investigação sobre o processo terapêutico. Depois, o debate sobre a eficácia terapêutica, mediada pela avaliação dos resultados do tratamento, sobretudo em termos de alívio sintomático e melhoria do bem-estar subjetivo do paciente (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004). Estas figuras de uma salutar, e até estimulante, controvérsia mantêm-se atualmente e os seus motivos parecem ser compreensíveis, desde logo pelo significado e etimologia da palavra psicoterapia, proveniente dos termos gregos *psiché* (alma) e *terapia*, isto é, cura ou tratamento da alma (Machado, 1990). Encontramo-nos, assim, no centro da controversa “cura da alma” em contraposição à “cura do corpo”.

Muitos são os clínicos/investigadores que influenciaram, através dos seus escritos reflexivos, quer o debate entre cada um dos campos acima referidos, quer o debate entre as escolas de pensamento que modelam cada um dos campos em disputa.

Uma vez que o propósito desta dissertação se enquadra na investigação clínica e, sobretudo, empírica no domínio dos estudos sobre processo e resultados da intervenção psicoterapêutica, entendemos ser pertinente propor uma descrição sucinta da evolução da investigação em psicoterapia e do(s) seu(s) objeto(s) de estudo. A tarefa a que nos propomos implica uma grande exigência de organização, pelo que, por questões de estruturação da

exposição, adotámos, num primeiro momento, a proposta de Moreira, Gonçalves e Beutler (2005), que distingue 3 fases na evolução histórica do movimento psicoterapêutico.

32

De acordo com os referidos autores, a primeira fase compreende o período anterior a 1954, no qual a própria psicologia se tenta afirmar como ciência. A segunda fase que, segundo a sistematização proposta pelos autores, engloba o período entre 1954 e 1969, caracteriza-se tanto pela preocupação em dar resposta aos problemas mentais emergentes da época, como pela curiosidade em perceber os benefícios e eficácia da psicoterapia. A terceira fase, que decorre de 1969 até à atualidade, é caracterizada por uma maior preocupação com o estudo da relação e interação entre terapeuta e paciente, pela saliência dos estudos sobre a avaliação dos resultados e do processo, e ainda pelo conhecimento dos mecanismos responsáveis pela mudança (Tabela 1.1).

**Tabela 1.1.** Fases da investigação em psicoterapia (Moreira, Gonçalves & Beutler 2005)

	<b>1ª Fase</b> (Antes de 1954)	<b>2ª Fase</b> (Entre 1954-1969)	<b>3ª Fase</b> (De 1969 à atualidade)
<b>Marcador Histórico</b>	Desenvolvimento da psicanálise, aplicação do método experimental à psicoterapia	Publicação do artigo <i>The effects of Psychotherapy: An Evaluation</i> , por Eysenck – originou um surto de investigação como resposta	Criação da <i>Society for Psychotherapy Research</i> , organização para investigação da psicoterapia
<b>Tipo de Questão</b>	A psicoterapia é uma atividade científica?	A psicoterapia funciona?	Quais as diferenças entre distintas abordagens terapêuticas?
<b>Contexto Histórico</b>	Afirmação da Psicologia como ciência, aplicação do método experimental à psicoterapia; necessidade de serviços de saúde mental pós-guerra; financiamentos para a investigação em psicoterapia	Necessidade de avaliar os ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial e dar resposta aos problemas mentais que apresentavam	Grande proliferação de abordagens terapêuticas e do interesse público pela psicoterapia
<b>Perspetiva de Análise</b>	Comportamentos do terapeuta	Avaliação dos comportamentos do cliente	Variáveis internas que medeiam o processo terapêutico; mecanismos de mudança
<b>Objeto de Investigação</b>	Avaliação dos resultados (perspetivas rogerianas)	Avaliação dos resultados	Avaliação dos resultados e processo; interações entre clientes e terapeuta
<b>Metodologia</b>	Método científico: rigor e objetividade operacional (princípios de controlo das variáveis, etc.)	Metodologias quantitativas direcionadas para os resultados (aleatorização; análise de frequências)	Metodologias quantitativas e qualitativas



A primeira fase da investigação em psicoterapia foi dominada pela procura da conformidade aos critérios de validação científica estabelecidos pela comunidade científica (Schultz & Schultz, 2005). O empenho era colocado não só no sentido de estabelecer a psicologia como uma ciência, mas também em procurar credibilizar e validar a psicoterapia como prática clínica. Para tal, a ênfase do estudo era colocada no método experimental e, consequentemente, na procura da objetividade, no controlo das variáveis em estudo, na operacionalização dos comportamentos dos participantes e no estabelecimento de relações de causalidade entre tratamento e resultados. A preocupação dos investigadores direciona-se também para os conteúdos subjetivos e intersubjetivos do processo terapêutico, orientando-se para o registo da sessão terapêutica pelo recurso a métodos de recolha de dados como a gravação áudio e áudio-vídeo das sessões (Goodwin, 2005; Schultz & Schultz, 2005). Deste modo, a investigação incide no comportamento do terapeuta, tanto mais que, segundo a hipótese predominante na época, a mudança do cliente era uma variável dependente dos comportamentos do terapeuta, sendo a ênfase colocada no ponto de vista do terapeuta. Nesta perspetiva, assiste-se ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação dos comportamentos dos terapeutas, num movimento impulsionado pelos seguidores da Terapia Centrada no Cliente, os quais enfatizavam, por um lado, o potencial do paciente para o seu progresso terapêutico e, por outro, a importância de qualidades do terapeuta, tais como a genuinidade, a empatia e a aceitação incondicional do paciente, para promover a mudança terapêutica.

33

Depois da Segunda Guerra Mundial, fundamentalmente desde o final da década de 40 até meados da década de 50 do século passado, a psicoterapia é integrada nos sistemas de saúde mental em alguns países como os Estados Unidos da América e a Inglaterra. As preocupações quanto à nosografia das doenças mentais são cada vez mais evidentes e em 1952 a 6ª edição da *International Classification of Diseases* (ICD) adicionou, pela primeira vez, um capítulo dedicado às perturbações mentais. No mesmo ano surgiu a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) da Associação Americana de Psiquiatria, que deriva de uma necessidade de sistematização relativamente às classificações existentes (Fernandes, 1998; Fonseca, 1997).

Neste contexto, a psicoterapia começa a adquirir particular relevância e o objetivo central da investigação que até aqui pretendia certificar a psicoterapia como ciência passa, numa segunda fase, a centrar-se na avaliação da eficácia da intervenção psicoterapêutica e na identificação dos seus mecanismos de ação. Este objetivo foi sendo concretizado pelo financiamento a programas de investigação sobre a eficácia da psicoterapia (Moreira et

al., 2005), com enfoque particular na aferição dos comportamentos dos pacientes, antes e depois da intervenção terapêutica.

34

Assistiu-se, ao aumento exponencial das teorias explicativas da mudança terapêutica, o que se traduziu na crescente preocupação com o rigor empírico do processo de investigação; mais precisamente, o refinamento das metodologias de investigação, a uniformização e operacionalização dos modelos empíricos, o desenvolvimento de manuais terapêuticos, a construção de medidas estandardizadas para a avaliação dos resultados terapêuticos, o recurso à aleatorização e a técnicas estatísticas para avaliar de um modo mais preciso a dimensão e a significância dos efeitos dos diversos fatores e modelos psicoterapêuticos na melhoria sintomática dos pacientes em estudo (Moreira et al., 2005).

Os anos 50 e 60 representaram um estimulante e inovador período neste campo e, em 1952, Hans Eysenck publicou um artigo que veio a marcar a história da investigação em psicoterapia e a própria psicoterapia. No referido artigo, intitulado *The effects of psychotherapy: An evaluation* (Eysenck, 1952), o autor fez uma revisão baseada em 24 estudos de psicoterapia psicodinâmica e eclética onde questiona os efeitos da psicoterapia, sugerindo que os resultados não indicavam evidência suficiente para sustentar os benefícios da psicoterapia, bem pelo contrário, poderia até concluir-se pela presença de efeitos negativos e prejudiciais para o cliente de certos modelos psicoterapêuticos, em particular os psicodinâmicos (Lambert et al., 2004; Sousa, 2006). Esta revisão foi marcante na história da psicoterapia, uma vez que deu origem, por um lado, ao reforço do aperfeiçoamento dos métodos de avaliação da eficácia da psicoterapia e, por outro lado, abriu um debate sobre os partidários e os opositores da primazia da psicoterapia em psiquiatria e saúde mental.

As conclusões de Eysenck foram contestadas por outros investigadores (Bergin, 1971; Lambert, 1976; Luborsky, 1954) que apontaram algumas falhas na meta-análise efetuada, em particular a falta de coerência dos procedimentos metodológicos entre os estudos, e, para alguns dos estudos analisados, a inexistência de grupos de controlo. Contudo, este artigo de Eysenck foi de grande importância uma vez que impulsionou os investigadores, e conduziu a um aumento da quantidade e qualidade da investigação científica em psicoterapia. O período seguinte, considerado por Moreira et al. (2005) como a terceira fase da investigação em psicoterapia, é caracterizado pela preocupação de rigor nos procedimentos metodológicos, através, nomeadamente, da implementação de modelos experimentais “puros” em psicoterapia (Beutler & Machado, 1992). Assim, na tentativa de determinar critérios de investigação da eficácia da psicoterapia, foi formada, em 1969, uma organização interdisciplinar, a *Society for Psychotherapy Research* (SPR),

cujo principal objetivo era a regulação da prática da investigação em psicoterapia, pela definição de critérios reguladores dessa mesma prática.

Em 1977, inicia-se uma nova abordagem à avaliação dos estudos acerca da eficácia da psicoterapia. Smith e Glass (1977), num artigo intitulado *Meta-analysis of psychotherapy outcome studies* e no livro *The benefits of psychotherapy* de Smith, Glass e Miller (1980) os autores analisam os resultados de 475 estudos que comparam um grupo em psicoterapia com um grupo de controlo ou um grupo placebo com o objetivo de avaliar quantitativamente a magnitude do efeito da psicoterapia, concluindo que esta magnitude do efeito específico da psicoterapia é, em média, de .85 (*d* de Cohen). Esta magnitude do efeito foi sendo confirmada por outras meta-análises, o que contribui para estabelecer a eficácia da psicoterapia. Os autores concluíram também pela superioridade do efeito terapêutico do grupo experimental relativamente aos outros dois grupos em estudo.

35

Com o aumento da investigação e do conhecimento na área, verificou-se também uma proliferação de psicoterapeutas e a diversificação dos modelos psicoterapêuticos a partir da década de 60, aplicados em exclusivo, ou com combinação entre mais de uma abordagem terapêutica (Lambert et al., 2004). A este propósito, Garfield (1982) identificou 60 formas de psicoterapia utilizadas na década de 60. Em 1975, a *Research Task Force* do *National Institute of Mental Health* (NIMH) estimou que haveria 125 diferentes tipos de psicoterapia. A proliferação continuou e, mais tarde, Herink e Goleman (1980) inventariaram mais de 250 abordagens diferentes, enquanto Kazdin (1986) reconheceu a existência de 400 variantes de psicoterapia. Deste modo, a proliferação de diferentes psicoterapias foi mais rápida do que a investigação empírica na validação de cada uma delas. Este fenómeno conduziu também a uma crescente tendência dos psicoterapeutas para a utilização de procedimentos oriundos de diferentes modelos teóricos numa abordagem eclética, ou mesmo integrativa (Lambert et al., 2004).

Neste momento, de acordo com Moreira et al. (2005), se, por um lado, não subsistiam dúvidas quanto aos benefícios da psicoterapia, por outro, são levantadas questões relativamente à validade das diferentes abordagens, bem como à tendência para a combinação de modelos terapêuticos que se foi estabelecendo. Assim, para Beitman, Goldfried e Norcross (1989), apesar de existirem dezenas de abordagens e modelos terapêuticos com diferenças significativas entre si (no que respeita à teorização sobre o funcionamento humano, a psicopatologia, os mecanismos de mudança e as técnicas capazes de produzir essa mudança), a comparação entre os resultados terapêuticos dos vários modelos teóricos não tem revelado diferenças significativas. Tal constatação deu

lugar à revisitação do artigo de Rosenzweig de 1936, e à valorização do “paradoxo da equivalência”, ou a metáfora a que recorreu no artigo em questão, o “veredito do pássaro Dodo”<sup>2</sup>: “todos ganham, todos merecem prémios”. De facto, a proliferação de abordagens psicoterapêuticas, ou os desenvolvimentos e aperfeiçoamentos de abordagens já existentes, mantém atual o “veredito do pássaro Dodo”.

36

Pesquisas mais recentes, como a de Luborsky et al. (2002), na qual foram avaliadas 17 meta-análises de estudos de comparação entre diferentes psicoterapias, verificaram uma magnitude de efeito de .20 (*d* de Cohen), o que confirma o pressuposto de Rosenzweig (1936, 2002) sobre os prováveis resultados de tal comparação. Por outro lado, quando estas diferenças são corrigidas, tendem a tornar-se ainda mais reduzidas (Ahn & Wampold, 2001; Luborsky et al., 1999).

A diversidade e a reputação crescente de algumas abordagens terapêuticas têm conduzido a uma maior valorização das variáveis mediadoras dos resultados e do processo. A fase atual da investigação em psicoterapia é, assim, caracterizada pela ênfase no estudo da relação entre as variáveis subjetivas (terapeuta, paciente e relação terapêutica) e os resultados terapêuticos, pela abordagem compreensiva das experiências dos participantes na sessão e pelo conhecimento dos mecanismos responsáveis pela mudança. O que muda e como muda, ilustra ainda o atual paradigma de investigação em psicoterapia, com implicações na avaliação de variáveis inerentes ao processo terapêutico (Moreira et al., 2005).

---

<sup>1</sup> Rosenzweig (1936) foi o primeiro a usar este termo do veredicto do pássaro Dodo (*At last the Dodo said, everybody has won, and all must have prizes*) e aplicou-o no âmbito da psicoterapia para descrever a hipotética equivalência das várias psicoterapias. O significado do “pássaro Dodo”, eventual criatura mitológica imortalizada por Lewis Carroll em “Alice no país das maravilhas”, foi transportado por Rosenzweig para sublinhar a ideia da relativa equivalência das diferentes abordagens terapêuticas nos resultados pretendidos.

## CAPÍTULO 2

### Domínios de investigação em psicoterapia

---

- 2.1. Fatores comuns às diferentes abordagens
- 2.2. Fatores de mudança terapêutica
- 2.3. Fatores ligados ao estilo do terapeuta
- 2.4. Fatores relacionais e de contexto
  - 2.4.1. A relação terapêutica
  - 2.4.2. A aliança terapêutica
  - 2.4.3. O *setting* terapêutico como variável relacional: As patologias da era digital e a psicoterapia “à distância”
- 2.5. *Setting* e responsividade terapêutica
- 2.6. Síntese



## 2.1. Fatores comuns às diferentes abordagens

39

Sendo a psicoterapia um processo que tem por objetivo final a mudança de atitudes, crenças e comportamentos, foram-se desenvolvendo ao longo do tempo diversas concepções sobre a (melhor) forma de alcançar a mudança. Para além dos fatores de mudança próprios a cada modelo terapêutico, a investigação empírica tem identificado fatores comuns às diferentes abordagens terapêuticas. Tais fatores têm vindo a ganhar relevância na investigação por se considerar que têm um papel significativo na mudança clínica do paciente (Lambert et al., 2004).

Compreender a natureza da psicoterapia é uma tarefa (quase) tão difícil como compreender a natureza humana. Deste modo, a psicoterapia tem sido largamente estudada, sendo atualmente conhecidos mais de 400 abordagens diferentes que refletem outros tantos modelos, descritos em mais de 10000 livros (Moreira et al., 2005) e um muito maior número de artigos científicos produzidos e divulgados entre a comunidade científica. No entanto, se existe algum consenso (relativo) quanto ao pressuposto de base da psicoterapia, isto é, que se trata de uma intervenção que implica a relação entre duas, ou mais, pessoas e tem por base teorias psicológicas bem definidas (Wampold, 2001), o mesmo não acontece quanto aos processos e mecanismos que envolvem a mudança pretendida.

De facto, os componentes deste processo, mais recentemente denominados “ingredientes” por diversos autores (Moreira et al., 2005; Sandell et al., 2004; Wampold, 2001), são variados e complexos, pelo que os resultados da investigação têm sugerido que a psicoterapia requer elevados níveis de perícia, experiência e competência (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000). Toda esta complexidade dificulta também o processo de investigação, ao mesmo tempo que o torna também mais estimulante, em particular no que respeita à organização da informação existente.

Relativamente aos fatores que interferem no processo, muitos dos quais são comuns às diferentes abordagens terapêuticas, estes são fundamentalmente estruturais e processuais. Por outras palavras, em todos os modelos existe um terapeuta e um paciente (pelo menos) e o espaço (estrutura) onde o paciente expõe o seu problema e ocorre a interação entre ambos, que, no seu conjunto, instituem o processo.

40

Por outro lado, com a crescente prática e sistematização da investigação, vários autores (Lambert, 1989; Lambert & Ogles, 2004; Luborsky & DeRubeis, 1984; Orlinsky et al., 2004; Wampold, 2001) começaram a apresentar dados que sugerem que, apesar de os modelos diferirem entre si em termos dos princípios orientadores e das técnicas, não são estes elementos os principais responsáveis pela mudança terapêutica. Resultados oriundos de vários paradigmas apontam para uma equivalência nos resultados das psicoterapias, no que diz respeito à influência dos seus “fatores específicos”<sup>2</sup> (Lambert, 1989; Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Okiishi, 1997; Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986; Wampold, 2005).

Ora, se os princípios básicos próprios de cada modelo não são os principais responsáveis pelos resultados, interessa dar atenção a variáveis que se centram em outros aspetos, porventura transversais às diferentes abordagens. Deste modo, julgamos cada vez mais pertinente estudar os elementos ou ingredientes que, não sendo específicos de determinado modelo, são comuns a todos eles, e perceber o seu impacto no processo e nos resultados terapêuticos.

Com efeito, a explicação para que diferentes abordagens teóricas sejam igualmente eficazes parece residir nos fatores comuns (DeFife & Hilsenroth, 2011; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Luborsky et al., 2002). Alguns autores (Luborsky et al., 2002; Messer & Wampold, 2002) têm mesmo concluído que os resultados da terapia se devem muito pouco a diferenças no modelo de intervenção psicoterapêutica, quando comparadas com os fatores comuns.

---

<sup>2</sup> Dado o interesse em pesquisar e discutir quais os fatores subjacentes a todas as formas de psicoterapia, tornou-se necessário criar uma estrutura mais funcional, que fosse capaz de organizá-los. Em 1983, a partir do movimento oficial de integração em psicoterapia nos U.S.A., e através da Sociedade para a Exploração da Integração em Psicoterapia (Lampropoulos, 2000, 2001), foram estabelecidas duas diretrizes de integração em psicoterapia: 1) “ecletismo técnico” ou “fatores específicos” e 2) “fatores comuns”. Os “fatores específicos” têm um carácter mais empírico e dizem respeito à combinação pelo terapeuta das técnicas mais eficazes (em cada uma das intervenções psicoterapêuticas, independentemente das suas origens teóricas) de forma a alcançar o melhor resultado terapêutico para um determinado paciente (Chambless & Ollendick, 2001). Contudo, o conceito carece ainda de melhor consenso. Por outro lado, o estudo dos “fatores comuns” centra-se na identificação dos ingredientes comuns a todas as psicoterapias (Grencavage & Norcross, 1990). A investigação nesta área tem associado os fatores comuns a qualidades inerentes a uma relação interpessoal construtiva (p.ex., a validação, a autorrevelação e a aceitação) sendo que, desta forma, a identificação da natureza dos fatores comuns ficou conhecida, na comunidade científica que se ocupava das questões empíricas referentes à eficácia da terapia, como a “viragem relacional” (Norcross, 2002b).



A investigação tem vindo a apontar e identificar vários fatores como sendo comuns às diferentes abordagens terapêuticas. É particularmente relevante o trabalho de Grencavage e Norcross (1990) no qual, estes autores procederam à revisão de 50 publicações sobre este tema, tendo concluído pela identificação de 5 categorias de fatores comuns (Tabela 2.1), apesar das dificuldades metodológicas e de classificação inerentes a uma tal categorização.

**Tabela 2.1.** Fatores comuns às diferentes abordagens psicoterapêuticas (adaptado de Grencavage e Norcross, 1990)

41

<b>Categoria</b>	<b>Comunalidades</b>
<b>Características do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas positivas / esperança / fé</li> <li>- Níveis de sofrimento significativo</li> <li>- Atitude ativa de procura de ajuda</li> </ul>
<b>Características do terapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É empático</li> <li>- Cultiva e corresponde às expectativas do paciente</li> <li>- Tem postura atenta</li> <li>- Dedica atenção ao paciente</li> </ul>
<b>Processo de mudança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidade para catarse</li> <li>- Aquisição e prática de novos comportamentos e competências</li> <li>- Fornecer o racional teórico</li> <li>- Promover <i>insight</i></li> <li>- Aprendizagem emocional e interpessoal</li> </ul>
<b>Estrutura do tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de técnicas</li> <li>- Foco no mundo interno (questões emocionais)</li> <li>- Adesão e seguimento de uma teoria</li> <li>- <i>Setting</i> de “cura”</li> </ul>
<b>Relação terapêutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento de uma aliança terapêutica</li> <li>- Envolvimento</li> <li>- Transferência</li> </ul>

Num outro trabalho com idêntica finalidade, Castonguay (1993) agrupou estes fatores em três níveis (Tabela 2.2) de acordo com os domínios em que se integram. O mesmo autor alerta, no entanto, para o facto de, na literatura, o termo “fatores não-específicos” (ou variáveis não-específicas) ser muitas vezes utilizado como sinónimo de “fatores comuns”, o que, em sua opinião, é incorreto, já que a designação “fatores não-específicos” se refere a variáveis cuja natureza e/ou impacto não são bem conhecidos, um pouco como sinónimo de “não especificado” e não de “comum”, pelo que recomenda rigor na definição do conceito.

**Tabela 2.2.** Níveis de fatores comuns (Castonguay, 1993)

Nível	Descrição	Exemplos
Primeiro nível	Aspetos globais da terapia que não são específicos de nenhuma abordagem	- Promover o <i>insight</i> e a consciencialização - Experiências corretivas - Oportunidade de expressar emoções - Aquisição do sentimento de ser capaz e de mestria
Segundo nível	Fatores interpessoais e sociais e que auxiliam o tratamento	- Contexto terapêutico - Aliança terapêutica
42 Terceiro nível	Fatores que influenciam os resultados, mas que não são estratégias terapêuticas nem se referem a fatores interpessoais	- Expetativas do paciente em relação à terapia - Envolvimento do trabalho do paciente no trabalho terapêutico

Dada a relevância encontrada nestes fatores comuns, e na busca da sua identificação e sistematização, também Frank (Frank, 1971; Frank & Frank, 2004) reconheceu quatro características partilhadas pelas diferentes intervenções psicoterapêuticas: a) a existência de uma relação segura com o terapeuta; b) um contexto de intervenção; c) uma explicação para os sintomas; d) um ritual de intervenção.

A investigação nesta área tem associado os fatores comuns também a qualidades inerentes a uma relação interpessoal construtiva, e conduz ao seu eventual impacto nos resultados terapêuticos. De facto, a teoria dos fatores comuns tem tido algum suporte e os estudos têm sugerido que os resultados terapêuticos são, em grande parte, conseguidos não devido à ação de ingredientes específicos, mas sim pela ação dos fatores comuns (Gibbons et al., 2009; Lampropoulos, 2000; Messer & Wampold, 2002; Moreira et al., 2005). Isto é, os autores defendem que existem vários fatores comuns a diferentes tipos de psicoterapia com impacto na mudança terapêutica.

## 2.2. Fatores de mudança terapêutica

Dado que a explicação para que as diferentes abordagens teóricas sejam igualmente eficazes parece estar relacionada com os fatores comuns (Ahn & Wampold, 2001; Luborsky et al., 2002), interessa dar atenção ao papel destes fatores na mudança terapêutica. Lambert (1992) identificou um conjunto de fatores de mudança (Tabela 2.3), incluindo os fatores comuns, e que ilustram linhas gerais das pesquisas que analisam o impacto desses fatores.

**Tabela 2.3.** Fatores de mudança terapêutica (Adaptado de Lambert, 1992)

<b>Mudança extraterapêutica</b>	Fatores ligados ao paciente (p. ex., tolerância à frustração, mecanismos homeostáticos) e ao ambiente (como acontecimento fortuitos, suporte social), que contribuem para a recuperação
<b>Expectativas (efeito placebo)</b>	Melhoria que resulta das crenças do paciente de que está ser tratado e da credibilidade na explicação e nas técnicas de determinado tratamento
<b>Técnicas</b>	Fatores únicos e específicos de determinadas terapias (p.ex., <i>biofeedback</i> , dessensibilização sistemática)
<b>Fatores comuns</b>	Conjunto de variáveis existentes em várias terapias, independentemente da orientação teórica dos terapeutas (p.ex., empatia, aceitação, encorajamento, clima de segurança e confiança)

De acordo com Lambert (1992), a investigação permitiu não só identificar os fatores que contribuem para a mudança mas também calcular através de meta-análises, a percentagem do contributo de cada um desses fatores para a mudança terapêutica. Os resultados apontam para uma responsabilidade de 30% atribuída aos fatores comuns, contribuindo os fatores de mudança extraterapêutica com 40%. Por sua vez, ainda segundo Lambert (1992), a expectativa e as técnicas contribuem com 15% cada para mudança terapêutica.

Sendo a maior percentagem atribuída a características que se relacionam com o profissional, com o paciente, ou mesmo com o ambiente, as técnicas ocupam um lugar secundário no que diz respeito ao seu impacto nos resultados. Interessa, por isso, valorizar e desenvolver a investigação sobre outras variáveis, em particular sobre os fatores comuns, a fim de perceber melhor o seu contributo.

Também outros autores como Rosenzweig (1936, 2002), Ahn e Wampold (2001) e Luborsky et al. (2002) confirmaram que os resultados da terapia se devem muito pouco a diferenças no tipo ou modelo de intervenção psicoterapêutica, quando comparados com os resultados que se devem a fatores comuns, de que é exemplo a relação terapêutica. Deste modo, o interesse dos investigadores nesta área passou também a incidir na identificação concreta dos fatores que poderiam ser considerados comuns a todas as intervenções psicoterapêuticas, sejam eles relativos ao terapeuta, ao paciente ou à relação terapêutica, a fim de melhor verificar o seu impacto no processo e nos resultados terapêuticos.

No sentido de sistematizar a investigação sobre o estudo da mudança terapêutica Castonguay e Beutler (2006a) constituíram um grupo de trabalho com o objetivo de estabelecer os “princípios de mudança terapêutica empiricamente suportados” (p.633). Os autores entendem que é necessário utilizar todo o conhecimento que a investigação em

psicoterapia produziu e começar a definir os princípios de base que fomentam a mudança terapêutica, quer estejam, ou não, relacionados com uma teoria ou modelo específico. Estes trabalhos reúnem os dados empíricos disponíveis sobre os princípios gerais da mudança, com o objetivo de investigar de que forma os múltiplos fatores terapêuticos se relacionam entre si, como é que os terapeutas facilitam ou interferem com os resultados terapêuticos, e como é que a própria mudança (continuada) do paciente tem impacto em diferentes aspetos do processo terapêutico. O trabalho desta *Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change* (Castonguay & Beutler, 2006a, 2006b) demonstrou que as características do paciente e do terapeuta que são trazidas para a terapia devem ser tidas em consideração, independentemente do que acontece durante a terapia. Algumas destas variáveis permitem prever os resultados, independentemente da orientação teórica da intervenção realizada.

Assumindo que estes múltiplos fatores estão em constante interação e interdependência de formas que, por vezes, facilitam ou dificultam a mudança, é forçoso reconhecer que a complexidade do processo psicoterapêutico vai para além de um debate entre “fatores específicos” e “fatores comuns”, ou entre “técnica” e “relação”. Reconhece-se cada vez mais a necessidade de investigar os vários domínios de variáveis que interferem na mudança, encorajando a investigação das complexas relações entre elas, em particular as variáveis do paciente, do terapeuta e da relação entre ambos.

Não obstante a relevância dos fatores relativos ao paciente, estes não são objeto direto de estudo na presente investigação. Deste modo, e apesar de se interligarem com os fatores do terapeuta, eles serão referidos sempre que for oportuno, mas não serão motivo de descrição pormenorizada. Ao contrário, os fatores do terapeuta, a relação terapêutica e a sua interação com as restantes variáveis serão aqui desenvolvidas de modo mais detalhado.

### **2.3. Fatores ligados ao estilo do terapeuta**

Independentemente da identificação dos fatores comuns anteriormente referidos, os clínicos sempre dedicaram muita atenção aos fatores inerentes aos terapeutas e às eventuais consequências ou impacto que estes poderiam ter na relação com o paciente e na mudança terapêutica.

Desde a psicanálise à terapia centrada na pessoa, o interesse acerca dos efeitos da ação do terapeuta na mudança do paciente têm vindo a evoluir. Este interesse justifica

o desenvolvimento de vários instrumentos de avaliação das atitudes do terapeuta e das condições que proporciona ao paciente. Vários são os estudos que apontam para a preponderância do papel do terapeuta no processo e nos resultados terapêuticos (Kim, Wampold, & Bolt, 2006; Luborsky, McLellan, Diguer, Woody, & Seligman, 1997; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985), ao mesmo tempo que se verificam avanços na descrição e compreensão das variáveis do terapeuta (Carlsson, Norberg, Schubert, & Sandell, 2011; Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2006).

Nesta linha, Lambert e Ogles, (2004, p. 169) defendem que uma forma de expandir este conhecimento é fazer incidir o foco da investigação na “validação empírica do psicoterapeuta”, mais do que nos tratamentos suportados empiricamente. Também as frequentes recomendações de autores reconhecidos (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Elkin, 1999; Lambert & Ogles, 2004) no sentido de o terapeuta passar a figurar como fator causal nos estudos sobre os resultados da terapia, parecem ter produzido efeito, tendo-se assistido ao aparecimento de um número considerável de investigações sobre o “efeito terapeuta” (Sandell et al., 2007; Taubner, Kächele, Visbeck, Rapp, & Sandell, 2010).

De facto, os resultados de vários estudos têm vindo a apontar para o seguinte: 1) os terapeutas têm um efeito significativo no resultado da terapia (Blatt, Sanislow, Zuroff, & Pilkonis, 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Huppert et al., 2001; Lambert, 1989; Luborsky et al., 1986; Luborsky et al., 1997); 2) a contribuição dos terapeutas para os resultados é superior à do modelo de tratamento (Blatt et al., 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Lambert, 1989); 3) o impacto do efeito dos terapeutas nos resultados é diferente mesmo no caso de terapeutas selecionados, treinados, supervisionados e monitorizados a partir do mesmo manual (Huppert et al., 2001; Shapiro, Firth-Cozens, & Stiles, 1989); 4) nem todos os terapeutas bem treinados e motivados para aprender são igualmente capazes de alcançar um desempenho competente na prática clínica (Rounsaville, O'Malley, Foley, & Weissman, 1988).

Wampold (2001) sugere mesmo que as variáveis do psicoterapeuta são determinantes na explicação dos resultados terapêuticos, e que a “essência da psicoterapia está imbuída no terapeuta” (pp. 202), ilustrando, assim, a importância do terapeuta na prática clínica e, consequentemente, a relevância do estudo das suas variáveis.

Não obstante o valioso esforço investido nos referidos estudos, eles contêm limitações e imprecisões metodológicas, nomeadamente no que respeita ao tamanho das amostras, à inexistência de distribuição aleatória dos pacientes pelos terapeutas, ou ainda porque o

desenho original dos estudos não foi realizado com o objetivo de testar a significância do terapeuta nos resultados, entre outras (Crits-Christoph & Gallop, 2006).

46

Neste particular, verificamos na literatura (Lambert, 2004) que, mais recentemente, têm sido desenvolvidos esforços no sentido de colmatar as limitações apontadas anteriormente. Por outro lado, são introduzidas novas características nestes estudos, tais como: 1) estudo das características dos terapeutas no contexto clínico da prática quotidiana (Brown, Lambert, Jones, & Minami, 2005; Leon, Martinovich, Lutz, & Lyons, 2005; Okiishi et al., 2006; Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003); 2) utilizar amostras maiores nestes estudos (Barber et al., 2006; Denhag, Gibbons, Barber, Gallop, & Crits-Christoph, 2012; Schoenwald, Carter, Chapman, & Sheidow, 2008); 3) estudar conjuntamente aspetos relacionais e técnicos do terapeuta (Almlöv, Carlbring, Berger, Cuijpers, & Andersson, 2009; Barber et al., 2006; Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried, & Hill, 2010; Gassmann & Grawe, 2006; Harwood, Beutler, Castillo, & Karno, 2006; Trepka, Rees, Shapiro, Hardy, & Barkham, 2004; Webb, DeRubeis, & Barber, 2010).

Verificamos que são, de um modo geral, estudos metodologicamente mais aperfeiçoados e criativos (p.ex., utilizam análises estatísticas multinível, avaliam os resultados terapêuticos a partir de múltiplas perspetivas e através de várias medidas do resultado terapêutico). De uma forma geral, os estudos confirmam a implicação das variáveis do terapeuta nos resultados, e também oferecem indicações sobre a natureza complexa e interativa entre os fatores técnicos (p.ex., adesão, competência, intervenções emotivas, técnicas interpretativas) e relacionais do terapeuta (p.ex., aliança terapêutica). Deste modo, permanece a necessidade de se continuar a cruzar e a avaliar cumulativamente estes fatores quando se pretende explicar a variabilidade nos resultados do tratamento e/ou o impacto do terapeuta nesses resultados.

Relativamente às variáveis do terapeuta, Bergin (1977) salienta o reconhecimento do papel central desempenhado pelas características do terapeuta em todas as formas de psicoterapia. Também Lambert (1989) conclui pela existência de suficiente evidência empírica para considerar que as características individuais do psicoterapeuta têm uma influência substancial no processo e nos resultados terapêuticos. Outros autores (Norcross, 2002b; Wampold, 2001), sugerem que é possível constatar diferenças significativas atribuíveis à pessoa do terapeuta, nos resultados terapêuticos, mesmo quando estes terapeutas são cuidadosamente selecionados, treinados e baseiam as suas intervenções em diretrizes rigorosas, manualizadas e supervisionadas (o que implica uma tendencial homogeneização dos procedimentos).

Através da revisão da literatura, e conforme já foi referido, em particular no que diz respeito aos estudos de avaliação do processo psicoterapêutico, verificamos então a crescente importância atribuída às variáveis ligadas ao terapeuta (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Beutler et al., 2004; Okiishi et al., 2003; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009), sendo as mais referidas a personalidade, pressupostos teóricos, experiência profissional, sexo, idade, valores culturais, para além de um conjunto de variáveis que, em regra, são reunidas no que é designado por “estilo pessoal”. Apesar do carácter subjetivo de algumas das variáveis descritas na literatura, as meta-análises dão ênfase ao seu contributo para os resultados terapêuticos. Contudo, os estudos publicados são, de um modo geral, inconclusivos quanto ao seu real impacto terapêutico (Beutler et al., 2004).

47

Relativamente ao estilo do terapeuta, Beutler et al. (1994) definem-no como uma característica relativamente estável ao longo do tempo, e que apoia a implementação de uma determinada técnica ou procedimento específico; em psicoterapia, esta ideia conduz a que esta forma pessoal de agir no contexto terapêutico tenha um impacto nos resultados do processo (Lambert, 1989). Também de acordo com Luborsky et al. (1985) o principal veículo de mudança psicoterapêutica reside nas características do terapeuta que, mais ainda, facilitam a aliança terapêutica. O impacto terapêutico que tem sido atribuído aos fatores de personalidade do terapeuta, tem sido descrito como muito maior do que o impacto associado às técnicas terapêuticas propriamente ditas: oito vezes superior, de acordo com Lambert (1989). Estudos que avaliam a variância explicada pelas diferenças dos terapeutas (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007) mostram que 8% da variância total e cerca de 17% da variância da melhoria do paciente poderá ser atribuída aos terapeutas.

As características dos terapeutas que parecem estar relacionadas com melhores resultados da intervenção (e também melhor capacidade de estabelecimento de aliança terapêutica) são: a abertura à experiência, a flexibilidade, a responsividade e a tolerância à incerteza e à frustração (Lambert & Ogles, 2004; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998). Esta relevância atribuída às variáveis do terapeuta não pressupõe uma menor valorização das técnicas ou modelos utilizados. Todavia, recorde-se a este propósito que as técnicas terapêuticas, independentemente do seu modelo subjacente, não têm eficácia no “vazio”, já que adquirem significado no contexto interpessoal da sua utilização (Butler & Strupp, 1986).

Em revisão crítica acerca das evidências que apoiam a eficácia em psicoterapia, Lambert e Ogles (2004) sublinham a importância do contributo dos fatores do terapeuta para resultados terapêuticos positivos, afirmando que “isto não quer dizer que a técnica seja irrelevante, mas que o seu poder para provocar a mudança é limitado quando comparado



com a influência pessoal” (p. 181). Os autores sugerem que o papel do terapeuta no resultado do processo psicoterapêutico é surpreendentemente relevante, mesmo nas abordagens baseadas em manuais, já que o terapeuta é indissociável do processo psicoterapêutico e, portanto, do seu resultado. Quando analisado separadamente, o chamado “efeito do psicoterapeuta” excede frequentemente os efeitos do método utilizado na intervenção terapêutica (Wampold, 2001, p. 200).

48

Por outro lado, também as variáveis (ditas) específicas, ou que se desenvolvem no quadro da relação terapêutica, em particular a interação entre as características do terapeuta, do paciente, do contexto e das técnicas ou do modelo utilizado, parecem ser importantes para os resultados (Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Lyons, Howard, O’Mahoney, & Lish, 1997; Norcross & Wampold, 2011). Deste modo, os autores sublinham a importância do estudo de diferentes variáveis que intervêm na mudança e nos resultados terapêuticos, dado que a pessoa do psicoterapeuta utiliza as técnicas num determinado contexto terapêutico onde diferentes variáveis, particularmente de carácter relacional, se conjugam. Norcross (2002b) questiona inclusivamente a validade da dicotomia entre “técnica” e “relação”, sublinhando que todas as intervenções técnicas têm um significado e, fundamentalmente, um suporte relacional, pelo que não é viável separar conceptualmente os fatores técnicos dos fatores relacionais. Na verdade, e de acordo com diferentes referências na literatura (Castonguay, 1993; Castonguay & Beutler, 2006b; Castonguay & Grosse, 2005; Norcross, 2002b), colocar a técnica em confronto com a relação não faz justiça à complexidade do processo de mudança e não facilita a sua explicitação.

Neste sentido, os autores apelam para a necessidade de desenvolver metodologias de investigação que estejam aptas a estudar as complexas relações entre os atributos do paciente e os comportamentos e estilo do terapeuta que interagem num determinado contexto (*setting*) com os resultados. Ora, esta tarefa é complexa e carece de instrumentos rigorosos capazes de avaliar e conjugar as diferentes variáveis de forma concomitante e não em estudos não relacionados, como se verifica com frequência na literatura em que as variáveis são estudadas isoladamente (Norcross, 2002b).



## 2.4. Fatores relacionais e de contexto

### 2.4.1. A relação terapêutica

A relação terapêutica tem merecido larga atenção por parte dos investigadores e reúne consenso quanto à sua importância no processo psicoterapêutico. Contudo, nem sempre é simples, menos ainda objeto de consenso, a especificação do seu contributo particular para a mudança terapêutica, até pela grande abrangência conceptual e variações entre os modelos, da qual decorre também a dificuldade na sua definição. De acordo com Horvath e Luborsky (1993), a relação terapêutica (que os autores fazem coincidir com a aliança terapêutica, ao contrário de outros, que separem ambos os conceitos) tem sido descrita como um conceito multidimensional que inclui componentes de vinculação (laços entre terapeuta-cliente) e aspetos de colaboração ou investimento na relação.

49

A relação terapêutica não é um aspeto técnico específico de uma abordagem ou escola terapêutica, mas sim um fator comum a todas as formas de psicoterapia, sendo essa transversalidade que torna o seu estudo tão apelativo para os investigadores, para além do inegável lugar central que ocupa na psicoterapia. É consensual na literatura que a qualidade da relação terapêutica é um fator determinante no sucesso da psicoterapia (Castonguay & Beutler, 2006b; Horvath, 2005; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Barley, 2001; Martin et al., 2000; Norcross, 2002a; Raue, Castonguay, & Goldfried, 1993). A investigação tem também demonstrado que a qualidade da relação inicial estabelecida está relacionada com os resultados finais obtidos na psicoterapia (Muran et al., 2009).

Independentemente da sua definição, mais ou menos abrangente, diversos estudos (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; McLeod, 2011) apontam para uma relação significativa entre a relação terapêutica e os resultados. Assim, Martin, Garske e Davis (2000) numa meta-análise em que avaliam os dados de 79 estudos, apontam para uma interação moderada, mas consistente, entre relação terapêutica e resultados, enquanto Horvath e Greenberg (1994) na meta-análise da literatura que efetuaram confirmam a boa qualidade da relação desta variável com resultados positivos na terapia.

Verificamos, contudo, pela revisão da literatura e como atrás foi referido, que o conceito de relação terapêutica é, amiúde, utilizado de forma indistinta do conceito de aliança terapêutica. Como referem Raue et al. (1993) a aliança terapêutica é definida de forma ampla como a relação entre o terapeuta e o cliente, sendo tomada como variável estratégica comum a diferentes modelos teóricos no processo de tratamento. Esta variável

dá então conta da estratégia negociada entre terapeuta e paciente a fim de conseguir a melhoria sintomática e, na melhor das hipóteses, a mudança psíquica. Assim, alguns clínicos e investigadores consideram que esta variável é uma condição da terapia, e outros consideram-na mesmo o objeto da própria terapia, atribuindo-lhe uma relevância central (Ribeiro, 2009). Nesta linha de pensamento, Hatcher e Barends (2006) consideram que a técnica perde o seu valor terapêutico quando desligada da relação terapêutica que a contextualiza.

50

Na tentativa de operacionalizar a relação terapêutica, os estudos conduziram a outros conceitos relacionais específicos (eventualmente contidos no primeiro), com especial relevo sobre a aliança terapêutica. Alguns autores defendem a relevância da aliança terapêutica tomada como um conceito distinto e específico entre os vários conceitos ligados à relação (Horvath, 2000), enquanto outros entendem que a aliança é uma variável genérica equivalente à relação terapêutica (Hardy, Shapiro, Stiles, & Barkham, 1998). Contudo permanece a noção da sua transversalidade relativamente às diferentes abordagens teóricas (Martin et al., 2000; Salvio, Beutler, Wood, & Engle, 1992).

#### **2.4.2. A aliança terapêutica**

Entende-se por aliança terapêutica a qualidade da interação desenvolvida entre terapeuta e cliente no âmbito do processo terapêutico (Ribeiro, 2009), isto é, no *continuum* relacional que se estabelece durante o espaço-tempo em que decorre o processo terapêutico.

Importa referir que este conceito remete originariamente para a literatura psicanalítica, nomeadamente para os textos de Freud (1969a, 1969b, 1969c, 1969d), considerado um pioneiro no interesse pela aliança e pelo seu papel para o sucesso terapêutico. Em síntese, a aliança terapêutica em psicanálise tem por base o conceito de neurose de transferência, isto é, o “falso enlace” que a mente inconsciente do paciente imprime no clima afetivo da sessão, ao projetar na pessoa do analista sentimentos, emoções e pulsões amorosas, ou, ao invés, odiosas que, apesar de se reportarem (conscientemente) ao “aqui e agora” da sessão, remetem para um momento anterior (eventualmente infantil) e à atualização de sentimentos e pulsões dirigidas a uma figura significativa do seu mundo interno. É precisamente a transferência positiva que alicerça a aliança terapêutica com o psicanalista; aliás a referência à transferência positiva como alicerce do tratamento psicanalítico, foi a base da derivação conceptual que conduziu à noção técnica de aliança terapêutica,

originalmente formulada por Zetzel (1956) e por Greenson (1967), em épocas diferentes. Se o conceito de neurose de transferência evoluiu para o conceito de transferência (também inconsciente, mas reportado mais claramente ao “aqui e agora” da relação terapêutica) mantém-se a inscrição originária da noção psicodinâmica de aliança terapêutica no conceito de transferência positiva entre paciente e terapeuta.

Na década de 50 do século passado, Carl Rogers, no quadro do desenvolvimento da abordagem humanista - a Terapia Centrada na Pessoa, adota (e adapta) a aliança terapêutica, à qual atribui um papel importante e promove a sua investigação. Refira-se que este modelo terapêutico surgiu inicialmente como um movimento de reação (e ensaio de resposta) às abordagens teóricas centradas no terapeuta (psicanalista, médico, psicólogo clínico ou conselheiro) dominantes na época (Rogers, 1974, 1979). Com efeito, a prática da psicologia clínica e do aconselhamento assentava na recolha de informação, sobretudo provinda da aplicação de testes, subentendendo-se que os problemas do paciente se resolviam pelo fornecimento, pela transmissão e pela expressão de informação sobre a atitude relacional mal adaptativa deste último no decurso das suas interações familiares e sociais (Orlinsky & Rønnestad, 2000).

Apesar das contribuições de Rogers terem sido, no início, fundamentalmente clínicas, representaram uma oposição crítica em relação ao panorama vigente de psicoterapia e do aconselhamento, podendo ser tomadas, assim, como revolucionárias (Orlinsky & Rønnestad, 2000). Com efeito, elas inauguram a tradição não diretiva da consulta psicológica, simbolizam a escola humanística da psicologia e apostam na psicoterapia como relação interpessoal. A este propósito, Rogers (1957) promove a investigação da unidade e regularidade inerentes à relação interpessoal no contexto do trabalho psicoterapêutico, e atribui a primazia dos fatores de ordem relacional para a promoção da mudança terapêutica, considerando que a mudança terapêutica apenas ocorre no contexto da relação entre paciente e terapeuta. Por outro lado, a possibilidade de gravação das sessões para fins de investigação é utilizada com relativa aceitação por parte da comunidade terapêutica, inclusive em alguns meios psicanalíticos (Orlinsky et al., 2004). Como referem Auld e Murray, “the sound recording of interviews (...) made a common set of data available to scientists, a set that can be preserved and studied, as many times as necessary” (1955, p. 377). Na década seguinte, os investigadores, para além de técnicas de análise de conteúdo da narrativa produzida pelo paciente, recorrem a técnicas psicométricas para a análise da informação recolhida, com o objetivo de melhorar a compreensão das experiências subjetivas não só dos pacientes, mas também dos terapeutas (Orlinsky et al., 2004).

Face à valorização destes fatores, tem-se assistido a uma atenção generalizada por parte dos psicoterapeutas e investigadores (em particular os de orientação humanista) aos comportamentos favoráveis ao desenvolvimento de uma relação de qualidade no par terapeuta-paciente. Neste contexto de valorização da natureza relacional e colaborativa da terapia, o conceito de aliança terapêutica torna-se essencial para a mudança terapêutica, apesar de Rogers nunca o ter referido diretamente (Rennie, 1998).

52 Mais tarde, em 1975, uma marcante etapa da evolução histórico-conceptual da aliança terapêutica corresponde ao modelo pan-teórico<sup>3</sup> (ou transteórico), proposto por Bordin. Como refere Horvath (2000), Bordin define a aliança terapêutica de modo tripartido, como:

1. relação consciente e experimentada no “aqui-e-agora” da relação do par terapêutico
2. bidirecional, já que envolve colaboração, concordância e negociação entre terapeuta e cliente
3. comum a todos os processos de ajuda terapêutica

Bordin sugere, assim, um modelo abrangente da relação entre terapeuta e cliente baseado na colaboração e negociação mútua (Horvath & Luborsky, 1993), mantendo a designação de *aliança terapêutica* proposta por Greenson<sup>4</sup> (1967; Stiles et al., 1986) o que, como foi referido acima, está em linha com diferentes referências na literatura, em que as duas designações são usadas de forma relativamente pouco delimitada.

A definição de aliança de terapêutica proposta por Bordin (1975, 1979) assenta fundamentalmente na ideia de colaboração mútua constituída por três componentes interdependentes: consenso relativo aos *objetivos*, atribuição de *tarefas* e desenvolvimento de *vínculos*. Isto é, o autor inclui três dimensões, uma que atende à qualidade do vínculo que se estabelece entre terapeuta e cliente, e reflete a confiança, e outras duas orientadas para o trabalho terapêutico: o acordo em relação aos objetivos terapêuticos e o acordo em relação às tarefas. Deste modo, Bordin procurou estender o conceito de aliança às diferentes terapias ou abordagens, assumindo que qualquer terapia exige um compromisso do terapeuta e do cliente com o trabalho terapêutico, independentemente da especificidade de cada modelo. A perspectiva colaborativa subjacente a esta conceptualização da aliança

---

3 Bordin apresenta o modelo pela primeira vez numa comunicação intitulada *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*, apresentada na Conferência Anual da *Society for Psychotherapy Research* da *American Psychological Association* em 1975.

4 Greenson (1967) é também um autor com um papel relevante na evolução do conceito de aliança terapêutica. O modelo que propõe sintetiza as contribuições de outros autores, e considera que a relação terapêutica é constituída por três elementos: transferência, aliança terapêutica e relação real (Horvath & Luborsky, 1993). Verificamos aqui, uma tentativa de clarificação de conceitos como a relação e a aliança terapêutica, sendo a primeira mais abrangente, integrando a segunda e outros elementos.

entende o cliente como um agente ativo da sua mudança que, em conjunto com o terapeuta, aceita negociar aspetos relacionados com o trabalho terapêutico (tarefas e objetivos) num processo de compromisso partilhado.

De acordo com Horvath e Luborsky(1993), este modelo permite também reorganizar a dicotomia entre técnica e relação, já que os dois elementos não podem ser separados. Considera estes elementos não apenas interdependentes, mas também reciprocamente reforçadores e transversais aos diferentes modelos terapêuticos.

O modelo proposto por Bordin acabou por se afirmar como a definição de aliança terapêutica mais aceite, pois ele capta os elementos essenciais do processo terapêutico comuns às diferentes psicoterapias e permite integrar as eventuais diferenças em função das perspetivas teóricas a elas subjacentes (Orlinsky & Rønnestad, 2000). Alguns autores (Horvath & Symonds, 1991) consideram mesmo que o conceito de aliança terapêutica de Bordin se mostra mais compreensivo, abrangente e preciso que outros conceitos integrantes da relação terapêutica (p. ex., a transferência ou a empatia), e, deste modo, tem sido amplamente utilizado nos estudos empíricos de processo e resultados. Por outro lado, o carácter abrangente e transteórico deste modelo tem-se revelado apelativo, não só no que respeita à sua operacionalização para fins empíricos, mas também para o maior acordo entre escolas psicoterapêuticas relativamente à validação da aliança terapêutica como fator comum (Horvath & Bedi, 2002). As características da sua operacionalização permitem uma apropriação do conceito de aliança por diferentes abordagens teóricas, aproximando-o de outros conceitos de natureza relacional ou técnica específica, o que apoia o seu carácter transversal (Ribeiro, 2009).

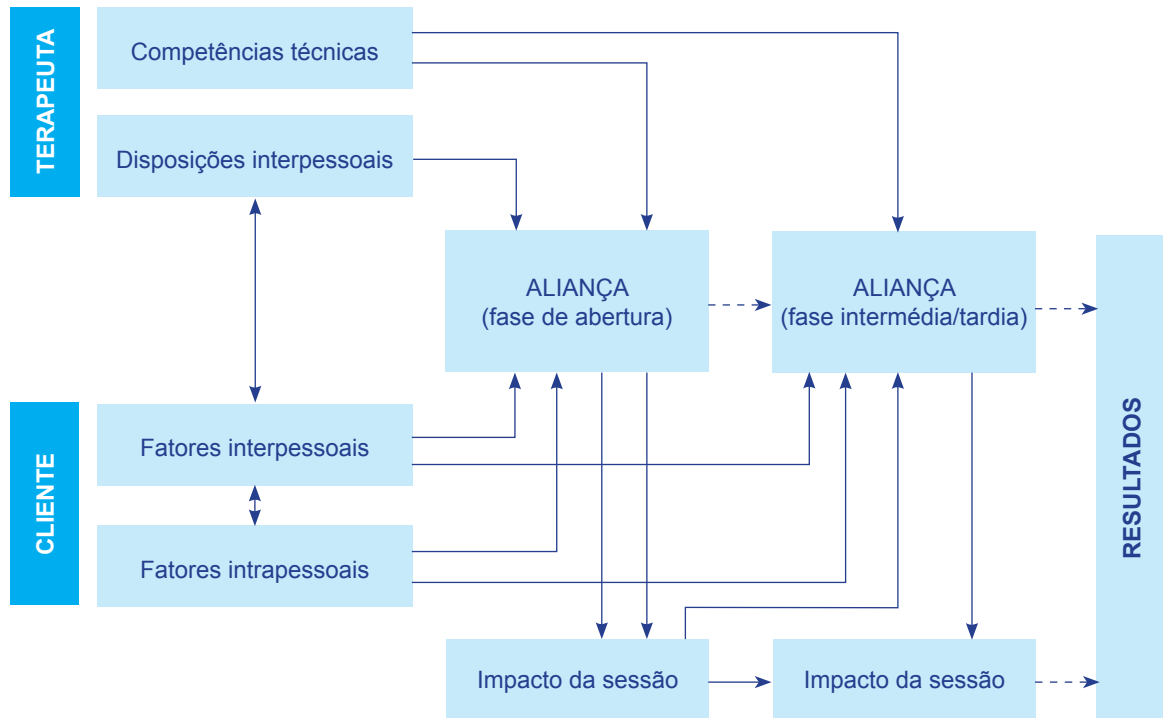
Todavia, alguns autores consideram que talvez se tenha transitado de forma demasiado rápida de uma ideia de relação terapêutica ligada a determinadas teorias (p.ex. a teoria psicodinâmica) para uma construção “a-teórica” transversal às diferentes teorias (Horvath, 2005). Esta alteração (desejável na sua essência) pode ter acarretado efeitos menos desejáveis, aplicando uma perspetiva redutora à (complexa) relação entre o terapeuta e o seu paciente. Por outro lado, diferentes autores (Hatcher, 2010; Hatcher & Gillasp, 2006; Webb et al., 2011) identificam ainda como efeito negativo do modelo de Bordin, entre outros, a confusão entre a aliança e a relação terapêutica na sua globalidade. Para estes autores, críticos do modelo, a primeira não compreende todos os fenómenos que ocorrem no âmbito da segunda, mais abrangente, o que corrobora a ideia, por nós apresentada anteriormente, da insuficiente delimitação de ambos os conceitos.

Dada a sua importância para o processo terapêutico, muitos estudos têm sido realizados e desenvolvidos instrumentos psicométricos para a avaliação empírica da qualidade da aliança terapêutica<sup>5</sup> (Horvath, 1994a; Horvath & Greenberg, 1989; Krause, Altimir, & Horvath, 2011) e, de acordo com estudos realizados, a aliança terapêutica é uma variável do processo terapêutico que contribui decisivamente para os resultados da psicoterapia (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Horvath & Symonds, 1991). Conforme já foi referido, a aliança terapêutica tem sido amplamente documentada na literatura como um fator comum às diferentes abordagens psicoterapêuticas, sendo associada, tanto à mudança do paciente (Crits-Christoph et al., 2011; Gibbons et al., 2002; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000) como à predição dos resultados da terapia (Barber et al., 2001; Del Re et al., 2012; Liber et al., 2010; Marmarosh & Kivlighan, 2012; Mikulincer, Shaver, & Berant, 2012; Muran et al., 2009; Orlinsky et al., 2004; Sauer, Anderson, Gormley, Richmond, & Preacco, 2010).

Por outro lado, a aliança desenvolve-se ao longo da terapia, e a revisão da literatura mostra que esse processo é também influenciado por diversos fatores, quer associados ao terapeuta, quer associados ao cliente. Horvath (2000) defende, a este propósito, que as fases iniciais do estabelecimento da aliança envolvem o desenvolvimento de um quadro geral de colaboração, a aceitação de um *modus operandi* para o tratamento e uma negociação de metas intermediárias e finais para a terapia (Figura 2.1). Em fases posteriores são os elementos relacionais e interpessoais os mais implicados na aliança e na concretização dos resultados, bem como nos aspetos idiossincráticos a cada relação terapêutica.

---

5 Para avaliar a aliança terapêutica vários instrumentos foram desenvolvidos nas últimas décadas, no entanto realçamos aqui a *Working Alliance Inventory* (WAI) de Horvath e Greenberg (1989), cuja versão portuguesa foi entretanto desenvolvida (Machado & Horvath, 1999; Ramos, 2008).



**Figura 2.1.** Modelo de funcionamento da aliança terapêutica proposto por Horvath (2000, p.170)

O desafio que se coloca agora, é perceber, por um lado, o que contribui para a aliança e, por outro, o que o contribui para a qualidade da aliança e consequentemente para a melhoria do que se faz em psicoterapia (Sousa & Ribeiro, 2009).

Não é objetivo do presente estudo responder a esta questão. No entanto, ela ajuda-nos a refletir, entre aliança e relação, entre técnica e relação, e levanta outras questões, entre as quais o contributo de cada uma destas variáveis, que se relacionam entre si no espaço-tempo, entre o estrutural, o contextual e o relacional, que é vulgarmente designado como *setting* terapêutico.

#### **2.4.3. O *setting* terapêutico como variável relacional: As patologias da era digital e a psicoterapia “à distância”**

Verificámos que a investigação em psicoterapia tem mostrado que os aspetos técnicos da terapia, específicos a cada orientação teórica, são menos relevantes para o resultado/eficácia terapêutica do que os aspetos da relação, ou outros fatores comuns às diferentes abordagens teóricas, como as variáveis do terapeuta ou as variáveis relativas ao contexto onde decorre a terapia (Bachelor, 2011; Byrd et al., 2010; Crits-Christoph et



al., 2011; DeFife & Hilsenroth, 2011; Del Re et al., 2012; Heinonen et al., 2012; Lambert & Barley, 2001; Martin et al., 2000; Mikulincer et al., 2012; Orlinsky et al., 2004). Sabemos também que todo o processo psicoterapêutico decorre num espaço-tempo bem definido, e, no entanto, apesar desta transversalidade, parece-nos que este elemento, comumente designado por *setting*<sup>6</sup>, não está devidamente definido e estudado. É sabido que algumas escolas têm dado especial importância ao *setting* e ao seu papel de “constante” do processo psicoterapêutico (em particular, a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica), enquanto outras abordagens não lhe dão relevo particular.

56

Conceito relativamente pouco definido na literatura, o *setting* é por uns remetido estritamente para o ambiente físico no qual decorre a psicoterapia (Leal, 2000, 2008). Para estes autores, é neste ambiente que se aliam as constantes de tempo e lugar, o papel do par terapêutico e os objetivos que pretendem atingir (Etchegoyen, 1987; Leal, 2008). Com efeito, para os autores mais conservadores a noção de *setting* terapêutico advém da prática psicoterapêutica e traduz, inicialmente, aquilo que os terapeutas de determinada escola partilham como regras básicas da sua atividade, introduzindo aqui a expressão “Psicoterapias de Setting” (em oposição às “Psicoterapias de Apoio”) para classificar as terapias que possuem um protocolo rigoroso de funcionamento e que são estruturadas por um quadro teórico bem definido (Leal, 2008). Não nos revemos nesta posição já que, se o *setting* provém (também) da prática psicoterapêutica, ele não pode ser remetido, de forma redutora, apenas para o ambiente físico em que decorre a sessão.

Por outro lado, o *setting* é também considerado como um conjunto de características previamente fixadas e, deste modo, constituem um “marco” do processo psicoterapêutico (Etchegoyen, 1987). Leal (2008), considera que estas características não são variáveis, mas sim constantes, já que constituem a matriz mais visível de enquadramento para cada proposta de intervenção. A este propósito entendemos que, se este enquadramento é construído pelo par terapeuta-cliente, o *setting* é um elemento dinâmico, já que integra diferentes variáveis do contexto, dos intervenientes e da relação/interação que se vai estabelecendo, no espaço-tempo do processo terapêutico.

Outros autores (Farate, 2012), em asserção mais coincidente com o nosso entendimento relativamente ao *setting* terapêutico, consideram-no “(...) simultaneamente,

---

6 Utilizaremos o vocábulo “setting” já que é o mais utilizado na literatura (ainda que não se encontre justificação relevante para a sua escolha), e, inclusivamente serve o título da presente dissertação. Porém, na língua portuguesa entendemos que a expressão “cenário terapêutico” é a mais adequada e será também utilizada, com o mesmo significado, ao longo do texto. Verificamos ainda que o termo *setting* é tendencialmente traduzido para “cenário” ou “situação” em trabalhos científicos e académicos (Azevedo, 2011), o que retrata bem o significado que lhe atribuímos. Contudo, mantemos “por defeito” o vocábulo em inglês pela razão já referida.



uma entidade dinâmica, isto é definida por uma estrutura e uma função consequentes e bem articuladas, e um instrumento técnico, cujo manejo eficaz no interior da sessão constitui um fator importante para o sucesso do processo” (p. 63). De acordo com esta visão, e tendo em mente os propósitos psicoterapêuticos, o *setting* compreende aspetos objetivos e subjetivos e admite diferentes formas de manejo, em função das características do par terapeuta-cliente.

Vimos anteriormente que o debate sobre a oposição entre técnica e relação acabou por evoluir para um modelo de interação compreensiva entre a aplicação de técnica e a relação terapêutica. A este propósito, Eysenck (1994) avançou a ideia de que as variáveis inespecíficas (contexto interpessoal comum a diferentes abordagens terapêuticas) interagem com as variáveis específicas (técnicas), levando ao êxito da terapia. Retemos esta ideia e formulamos a hipótese de que o *setting* pode ser, ele próprio, um instrumento técnico que é manejado na dinâmica da relação, um cenário terapêutico dinâmico em que se cruzam e interagem os (outros) fatores comuns anteriormente referidos. Deste modo, o *setting* poderá ser considerado uma variável de base da situação terapêutica integrativa de outras variáveis definidoras do processo terapêutico.

57

Partindo do pressuposto de que a psicoterapia é um processo complexo que acontece num contexto interpessoal (Braga & Vandenberghe, 2006), a relação terapêutica é uma contingência de determinação recíproca. Torna-se, então, necessário entrar em contacto com a subjetividade do paciente, já que a análise dos seus sentimentos possibilita ao terapeuta levantar hipóteses sobre as contingências que afetam o seu comportamento, tanto dentro da sessão como no seu ambiente de vida habitual (Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993). Porém, a contingência desta reciprocidade acontece no cenário terapêutico que integra as variáveis nela implicadas.

Uma das ideias centrais expostas por Frank e Frank (1961, 1993) a propósito dos fatores comuns, é a de que todas as psicoterapias assentam numa relação entre o terapeuta e o cliente, relação essa estruturada com base num enquadramento conceptual e num cenário específico - *setting*. Os autores classificam aqui o *setting* não só como um fator comum, mas como uma base para a relação, logo, para a psicoterapia. A propósito do desenvolvimento da investigação em psicoterapia Frank (1971) adianta que:

A major task of research in psychotherapy, so far barely attempted, would be to learn to categorize patients in such a way as to be able to select the most appropriate method of therapy for them. (...) First we need to gain a better understanding of the interactions between patients, therapists, therapeutic settings, and therapeutic

rationale that arouse patients' hopes, provide them with success experiences, arouse them emotionally and offer alternative solutions to their problems. Only as this knowledge is gained may we be able to sort out the specific contributions of different techniques from effects common to them all (p. 311).

Percebemos que as variáveis relativas ao cliente, ao modelo e até ao terapeuta têm sido alvo de merecedora atenção na literatura. Contudo, a investigação carece ainda de melhor conhecimento relativamente ao *setting* terapêutico e às interações entre as variáveis tal como foram referidas por Frank (1971).

58

Ora, se o *setting* terapêutico constitui um elemento dinâmico, presente em todos os modelos, e que interage no processo como outras variáveis (p. ex., as variáveis do paciente ou do terapeuta), entendemos que este deve ser também assumido como fator comum, seja num modelo idêntico ao de Grencavage e Norcross (1990), seja na classificação de Castonguay (1993), sendo, ainda, indissociável da relação terapêutica.

Deste modo, é nosso objetivo não só lançar o debate sobre a definição desta estrutura dinâmica, à sua maneira definidora do espaço-tempo em que decorre a terapia, mas também levantar a hipótese de que a forma como se utiliza/maneja o *setting* (como fator comum) poderá influenciar a mudança terapêutica que é o objetivo principal do processo de intervenção terapêutica.

Retomando o conceito mais tradicional do *setting* como ambiente físico onde decorre o processo terapêutico, sabemos que, por força de contingências pessoais ou institucionais, muitos psicoterapeutas trabalham em condições físicas pouco adequadas a uma sessão de psicoterapia. No entanto, será que esta é uma questão que impede o bom funcionamento da sessão ou a prossecução dos objetivos terapêuticos? Será que ele é apenas mediado por questões físicas? E se esse contexto físico é alterado, haverá também uma alteração no decurso do processo? Com alteração do enquadramento físico, a ação do terapeuta será também alterada? E qual o impacto no paciente e na relação terapêutica? Como podemos delimitar o conceito de *setting* terapêutico?

Apesar de ser um elemento transversal a todos os modelos terapêuticos, têm sido os autores de orientação psicanalítica os que mais têm estudado e desenvolvido o conceito de *setting*. Desde logo Donald Winnicott, autor com um contributo marcante no que respeita ao manejo de *setting*, ao afirmar que este manejo é mais importante para o tratamento do que a atividade interpretativa, sobretudo no quadro da regressão técnica em psicanálise (Farate, 2012). Para Winnicott, o “adoecimento” do sujeito (queixas como sentimentos de incerteza, dependência, angústia, sensação de vazio com desconhecimento de si) tem origem nas

relações mantidas com a realidade externa, mas também provém de um estágio infantil na formação identitária, caracterizado por falhas no ambiente facilitador e nas figuras parentais, com destaque para relação entre o “ambiente-mãe” e o bebê. O *setting* terapêutico, na visão winnicottiana (Winnicott, 1971), deverá favorecer um estado de regressão no sujeito analisado ao qual o analista responderá pela sua capacidade de dar apoio estruturante à emergência de um verdadeiro *self* no paciente, pelo exercício da sua função de *holding*. Esta função é exercida pela recriação (na sessão) de um “ambiente-mãe” facilitador (o *setting*) e, no contexto deste “ambiente suficientemente bom” (*holding environment*), o *self* infantil do paciente pode então fazer a experiência da integração maturativa de núcleos de personalidade saudáveis e o acesso a um verdadeiro *self* adulto (Fleming, 2006; Fleming, 2003). Em suma, o *holding environment* implica o contacto profundo com o mundo interno do paciente (Neto, 2008). Para tal o analista funciona em dois níveis simultâneos: por um lado, suspende as suas defesas contra as mesmas ansiedades, as mesmas ameaças de aniquilação, o mesmo medo de perda de identidade que tem o paciente e, por outro, mantém o sentimento de identidade própria e de realidade. É dessa forma que está em condições de intervir de um modo empático e estruturante pelo manejo do *setting*, em vez da interpretação, sempre que o frágil ego do paciente assim o exige (Farate, 2012; Neto, 2008).

59

Não obstante a sua fundamentação e terminologia psicanalítica, este “ambiente-mãe facilitador”, ou *holding environment* é, em nosso entender, um cenário terapêutico comum a outros contextos terapêuticos (e a outros modelos psicoterapêuticos), já que favorece a união (integrativa) da técnica e das outras variáveis do processo terapêutico. Neste mesmo sentido, Zimmerman (2000) conceptualiza o *setting* como a “soma de todos os procedimentos que organizam, normalizam e possibilitam o processo terapêutico” (p. 144). Esta definição, bastante abrangente, assegura também que esta entidade dinâmica da relação terapêutica se constrói desde o momento inicial da psicoterapia e se mantém ao longo de todo o processo terapêutico (Etchegoyen, 1987) no papel dual, de mediador do tratamento e de condição da relação entre terapeuta e paciente. Ao terapeuta cabe ainda o papel de “guardião” do *setting*, para que este possa permanecer estável ao longo do processo terapêutico (Zimmerman, 2000). Cabe, assim, ao psicoterapeuta delimitar adequadamente a relação com o paciente, estabelecendo a assimetria e a não-similaridade do par terapeuta-cliente, pois só com os papéis bem definidos para cada um poderá emergir a função terapêutica. Quando o *setting* está assim, claro e definido, o processo terapêutico poderá evoluir em busca dos seus objetivos, garantindo a posição técnica e profissional do terapeuta, mas garantindo também a importante dimensão ética da relação com o paciente (Etchegoyen, 1987; Etchegoyen, 2001).

Consideramos de especial relevância este aporte da noção de ética associada ao *setting* terapêutico, posicionamento inicialmente introduzido por Etchegoyen (1987), que entende que o *setting* é, antes de mais, uma atitude interna, mental, do terapeuta. Se a sua atitude estiver clarificada internamente, a sua conduta será guiada por processos éticos inerentes à própria psicoterapia, independentemente do enquadramento físico do par terapêutico, e, por esse motivo, o autor encara o *setting* fundamentalmente como uma atitude ética.

60

Considerando estes posicionamentos, acreditamos também que o *setting* é mais do que o ambiente físico ou os acordos (mais ou menos) estáveis negociados no contrato terapêutico. Ele integra também um “espaço mental” que permite manter os papéis e a ética sem depender do ambiente físico, do local. Assim, o terapeuta pode internalizar o “lugar” do *setting* e não o perderá por contingências do espaço físico ou do meio envolvente.

Esta característica do *setting* que se pontua pela ética, implica alguma maleabilidade que vem ao encontro das alterações e contingências que a sociedade pós-moderna vem impor, também, ao contexto terapêutico com consequências para a relação entre terapeuta e paciente e para a organização do cenário terapêutico. Referimo-nos, mais precisamente, às mudanças na expressão da linguagem, na relação com o espaço, com o tempo, com o corpo, com os valores e com o modo de estar em relação, que ocorrem a par da cada vez maior facilidade de acesso à comunicação audiovisual que é possibilitada pelos avanços tecnológicos da era digital.

Alguns autores (Levisky & Silva, 2010) consideram que uma nova “fisionomia” vai sendo impressa em todas as áreas da sociedade e, como não poderia deixar de ser, tem sido progressivamente integrada nas propostas conceptuais e metodológicas inovadoras sobre o trabalho psicoterapêutico, nomeadamente na relação e no *setting* terapêutico, com eventuais consequências no processo. Ora, se o *setting* funciona como um “espaço potencial” em que as mais variadas expressões de fantasias do mundo interno emergem e se misturam com os discursos do real e do quotidiano das pessoas, seria pouco realista pensar que os novos paradigmas e aspetos que permeiam a cultura pós-moderna não tivessem impacto na organização do cenário terapêutico.

Por serem questões que geram dúvidas e nos inquietam, em particular no que respeita ao *setting* terapêutico, e porque é tema de fundo do presente trabalho, não podemos deixar de refletir um pouco sobre as inúmeras interferências que as “ferramentas” desenvolvidas pela tecnologia digital trazem para o campo terapêutico. Encontramos na

literatura tanto os textos que traduzem esta preocupação (Levisky & Silva, 2010), como os textos que introduzem a psicoterapia no mundo virtual e vice-versa, ao mesmo tempo que chamam a atenção para as exigências e desafios da psicoterapia “contemporânea” (Glantz & Durlach, 1997; Jang, Ku, Shin, Choi, & Kim, 2000; Newman, 2004; Riva, 2005). Refira-se, a este propósito, que hoje se realizam consultas *online* (p. ex., por vídeo conferência), que há interferência dos telefones móveis na sessão, que os pacientes, não raro, querem comunicar por *e-mail*, enviar *sms*, procuram as referências do terapeuta num motor de busca na *internet* e nas redes sociais. Também os conteúdos trazidos pelo paciente para a sessão se alteraram em função da cultura e estilo de vida contemporâneo das sociedades ocidentais, nomeadamente pelos rápidos avanços tecnológicos na área da comunicação global, e sobre os quais os terapeutas, também eles inseridos na mesma cultura, não tiveram ainda possibilidade de refletir e elaborar.

61

Se, por um lado, a integração crítica destes aportes da era pós-moderna suscita muitas dúvidas, e para alguns um distanciamento desconfiado, por outro, introduz novos meios e alternativas de suporte à psicoterapia e às técnicas de intervenção, que implicam a reconfiguração, ou, pelo menos, o repensar, do *setting* terapêutico. O advento da *internet*, apesar de não ser recente, traz ao debate, entre outros assuntos, a hipótese da psicoterapia *online*, fazendo com que o tema venha sendo cada vez mais debatido nos meios académicos, profissionais e científicos ligados à psicoterapia. Independentemente das vantagens e desvantagens que esta possibilidade psicoterapêutica possa trazer, autores como Suler (2000) advertem para a necessidade de discutir e avaliar os vários aspetos associados à sua utilização, antes que a sua adoção em larga escala se torne prática comum.

De acordo com (Kaplan, 1997), ainda em fase inicial destes estudos, a psicoterapia *online* não deve ser considerada uma nova modalidade psicoterapêutica, antes um novo meio de realizar a psicoterapia, já que o terapeuta se encontra num local diferente daquele em que o paciente está, o que implica que a comunicação bidirecional esteja condicionada pelos meios áudio, audiovisual e texto de que dispõem para se relacionar, decerto em tempo real, mas à distância (Glantz & Durlach, 1997). Assim, o “terapeuta cibernético” assemelha-se a um “terapeuta cego” que, por não contar com os recursos visuais habituais, o “calor” do contacto pessoal implícito ao cenário terapêutico presencial, direciona a sua atenção para a forma e o conteúdo das mensagens que chegam até ele, pontuando também conteúdos não-verbais que encontra na comunicação e apelando a outras sensibilidades (Marot & Ferreira, 2008). Deste modo, a transposição da relação face-a-face para o mundo virtual

não representa necessariamente uma perda, mas a substituição da forma de avaliação dos conteúdos recebidos, e, conseqüentemente, de outras variáveis envolvidas (Kaplan, 1997). Contudo, não restam dúvidas quanto à elasticidade mental exigida ao terapeuta, em particular no manejo do espaço, ou *setting*, virtual (potencial) assim estabelecido.

62 Outra das questões que permeia a discussão acerca da implementação da psicoterapia *online* diz respeito ao aspeto ético (Suler, 2000; Wells, Mitchell, Finkelhor, & Becker-Blease, 2007), que, como já vimos, em nosso entender está patente no *setting* terapêutico. Vários autores (Benderly, 2005; Midkiff & Wyatt, 2008) têm vindo a alertar para eventuais riscos e, fundamentalmente, para a necessidade de diretrizes éticas sobre esta prática (Humphreys, Winzelberg, & Klaw, 2000; Manhal-Baugus, 2001; Ritterband et al., 2003). A própria *American Psychological Association* (APA) tem hesitado em abordar diretamente as questões em torno da terapia *online* no que respeita à regulação da sua prática, apelando ao seu código de conduta original (APA, 2002). Raguseae e VandeCreek (2003), numa revisão sobre as contendas éticas, levantam várias questões práticas designadamente no que respeita à competência tecnológica, privacidade e confidencialidade, gestão de situações de urgência, quais os clientes com condições para este tipo de intervenção etc.. As dúvidas e debates acerca da psicoterapia *online* têm, assim, despertado o interesse crescente por parte de investigadores desejosos de recolher evidências acerca da sua aplicabilidade e validade científica (Marot & Ferreira, 2008). Será legítima esta prática? Como e quem supervisiona? Como se integra (internaliza?) este cenário terapêutico virtual?

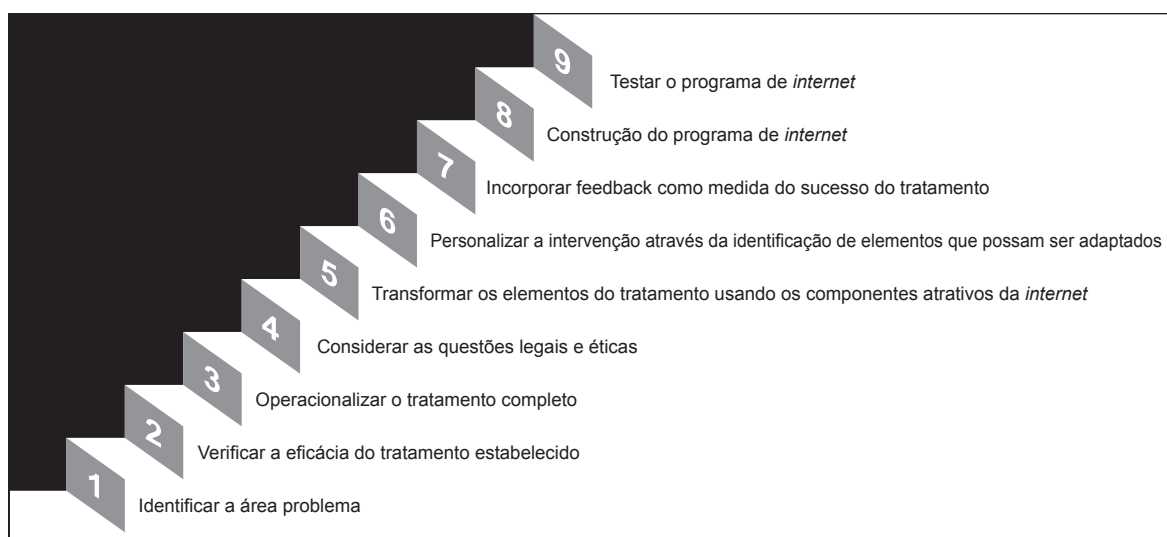
Estas preocupações, a par com os avanços referidos, justificaram já a criação da *International Society for Mental Health Online* (ISMHO), fundada em 1997, com o intuito de promover a compreensão, o uso e desenvolvimento da comunicação e tecnologias *online* para a comunidade internacional de saúde mental.

Percebemos, pela revisão da literatura sobre este tema, que a investigação se tem focado, fundamentalmente, nos estudos sobre a eficácia da terapia *online*, de base predominantemente cognitivo-comportamental (Carlbring & Andersson, 2006; Hickie et al., 2010; Lange, van de Ven, Schriecken, & Emmelkamp, 2001; Rochlen, Zack, & Speyer, 2004; Tate, Jackvony, & Wing, 2006; Wright et al., 2005), ou na oportunidade de diferentes formas de comunicação e sua análise (Suler, 2000), sem que haja ainda a preocupação na investigação sobre os demais fatores inerentes à adoção de tais práticas, nomeadamente os já referidos fatores comuns, transversais aos diferentes modelos teóricos. Ora, se alguns dos trabalhos publicados têm concluído pela não existência de diferenças entre os resultados obtidos nas duas condições de realização da sessão de psicoterapia (Epstein,



Klinkenberg, Wiley, & McKinley, 2001; Jang et al., 2000), outros têm evidenciado a presença de diferenças significativas, associadas, por exemplo, ao facto da *internet* suscitar atitudes mais cautelosas, designadamente no que respeita à regulamentação e segurança, para além dos fatores culturais associados à sua utilização (Eaton & Struthers, 2002; Rochlen et al., 2004). Outros trabalhos publicados sugerem, ainda, respostas mais eficazes a determinados tipos de intervenções preventivas (Celio et al., 2000). Todavia, a definição de “psicoterapia online” proposta, por exemplo, por Rochlen et al (2004) parece-nos algo genérica e desprovida de rigor: “qualquer tipo de interação terapêutica profissional que faz uso da *internet* para conectar profissionais de saúde mental qualificados e seus clientes” (p. 270). Na dupla perspetiva legal e ética, os mesmos autores (Rochlen et al., 2004), assumem que a investigação da psicoterapia *online* está ainda no seu estágio inicial, carecendo de melhores definições empíricas e de desenhos metodológicos mais eficazes. Ainda assim, e em concordância com outros autores (Mallen, Vogel, & Rochlen, 2005), pensamos que é clara a necessidade de regulamentação e monitorização das práticas de saúde mental na *internet*, até pelo impacto que estas inovações do modo de estabelecer a relação terapêutica têm na organização do *setting* terapêutico. É que, apesar dos estudos realizados, ainda será necessário muito trabalho para integrar uma prática ética indispensável nas várias etapas de desenvolvimento de uma intervenção *online* cuidada (Figura 2.2) conforme referem Ritterband et al. (2003).

63



**Figura 2.2.** Desenvolvimento da intervenção *online* (adaptado de Ritterband et al., 2003, p. 531)

Por se tratar de um fator relacional, transversal aos diferentes modelos terapêuticos, interessa referir aqui um estudo em que a aliança terapêutica em terapia *online* foi comparada com a aliança terapêutica em terapia face a face com recurso ao *Working*

*Alliance Inventory* (Cook & Doyle, 2002). Os resultados do estudo sugerem que a aliança pode ser adequadamente estabelecida na terapia *online*. Apesar da cautela necessária no que respeita à interpretação e generalização dos dados deste estudo, interessa reter que os resultados parecem confirmar a ideia que a terapia *online* foi uma experiência muito positiva, e que terapeuta e paciente desenvolvem um vínculo adequado, a que se associam as vantagens circunstanciais deste enquadramento terapêutico em relação à terapia face a face.

64 Não é objetivo deste estudo desenvolver o tema do *setting* terapêutico na psicoterapia virtual. Todavia, a evidência acima referida estimula não só a interrogação sobre o sentido que poderá ter a progressiva integração desta realidade à psicoterapia, mas também o modo como poderá ser desenvolvida a investigação empírica nesta nova área, em particular na avaliação do processo e dos resultados terapêuticos. Por outro lado, a introdução do espaço virtual no campo psicoterapêutico impõe, ainda mais, um repensar do conceito de *setting* terapêutico, reforçando, muito provavelmente, a hipótese segundo a qual se trata de uma entidade com uma estrutura e dinâmica próprias em que o encontro das mentes de paciente e terapeuta (espaço mental do *setting*), e não o espaço físico material, se torna central para a delimitação de papéis entre ambos os elementos do par psicoterapêutico.

## **2.5. *Setting* e responsividade terapêutica**

Perante as exigências da evolução dos contextos, interessa que o terapeuta desenvolva competências para adequar as suas intervenções às necessidades do cliente e da situação. Este conceito, designado por Responsividade Terapêutica (RT) tem sido também objeto de estudo na área da psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002; Sousa & Ribeiro, 2009; Stiles et al., 1998). De acordo com Sousa e Ribeiro (2009), a RT, para além de ser transversal aos diferentes modelos terapêuticos, “desenvolve-se de momento a momento no contexto terapêutico e está situada na interação entre o cliente e o terapeuta” (p. 91). Stiles et al (1998) usam esta mesma expressão para descrever o comportamento que é afetado pela relação dinâmica de causalidade bidirecional das respostas entre terapeuta e cliente. Esta influência recíproca é mediada pela flexibilidade do terapeuta na forma como modifica (ou não) a sua participação no processo terapêutico, tendo por objetivo a resposta adequada às solicitações do cliente (Beutler, 2002; Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Levinson, & Barber, 2003; Gibbons et al., 2002). Assim, segundo Sousa e Ribeiro, (2009),



A RT implica um processo recursivo, pelo qual as ações dos participantes na psicoterapia se afetam mutuamente e contribuem para a construção da relação entre os dois. Por outras palavras, um comportamento/atitude do terapeuta ou do cliente exerce influência no comportamento/atitude subsequente do cliente e do terapeuta, respetivamente. Este processo de influência e significação mútua, que se alimenta retroativamente do que cada participante percebe a partir das respostas do outro, é que está na base da RT (p. 92).

Deste modo, a RT pode ser otimizada se o terapeuta responder adequadamente às necessidades do seu paciente pelo ajustamento das intervenções à sua utilidade e relevância terapêutica em determinado momento e contexto do processo terapêutico (Bacal & Herzog, 2003; Persons, 1991; Stiles et al., 1998). Para que a resposta seja adequada e efetiva, a sua regulação implica que o terapeuta tenha em consideração as particularidades do cliente, as idiossincrasias contextuais e relacionais, e ainda, os objetivos específicos do processo (Sousa & Ribeiro, 2009).

65

As variáveis contextuais que influenciam a RT não têm sido, ainda, objeto de rigorosa atenção por parte dos investigadores, pese embora a sua influência no processo e, muito provavelmente, nos resultados terapêuticos como é o caso do *setting*, enquanto atitude ou espaço (mental) associado ao processo terapêutico. Deste modo, entendemos ser da maior importância avaliar e monitorizar não só as particularidades relacionais ou da técnica, mas também as variáveis contextuais que influenciam a qualidade da aliança e com ele interagem.

Seria, assim, desejável que a investigação nesta área evoluísse no sentido da utilização de medidas standardizadas, o que implica o desenvolvimento de metodologias e instrumentos, de carácter transteórico, organizados em torno de um objeto de estudo (ou variável). De acordo com Moreira et al. (2005), este é um dos grandes desafios que a psicoterapia e respetiva investigação defrontará nos próximos anos e é também a nossa convicção.

De entre os inúmeros possíveis objetos de estudo que envolvem o processo terapêutico, interessa-nos particularmente os que dizem respeito às atitudes e comportamentos do terapeuta, isto é ao estilo terapêutico. Na pesquisa e revisão da literatura sobre esta matéria, verificamos que estas variáveis se encontram intimamente ligadas com o contexto e relação em que decorre todo o processo, designado por *setting* terapêutico. Nesta sequência, foi crescente o interesse por esta variável, até por ser uma variável transversal, sempre presente no contexto terapêutico, independentemente dos intervenientes, do modelo e ou técnicas utilizadas, mas sempre em relação com estas últimas. Pela revisão e reflexões

apresentadas, consideramos que o *setting* ou cenário terapêutico, constituiu, ao mesmo tempo, o *leitmotiv* e a motivação que nos conduziu à realização do presente estudo.

## 2.6. Síntese

66

Um vez que a presente investigação se enquadra no âmbito da psicoterapia, no capítulo 1 da Parte I, procurámos, em primeiro lugar, apresentar uma perspetiva, ainda que breve, da evolução da investigação em psicoterapia. Esta apresentação integra uma “pontuação” do percurso da investigação em três fases, de acordo com Moreira et al. (2005). A fase mais atual é caracterizada pela valorização do estudo das variáveis relativas ao terapeuta, ao paciente e à relação terapêutica, bem como a relação destas com os resultados terapêuticos.

No capítulo 2 procedemos à apresentação dos domínios de investigação em psicoterapia, com particular relevo para os fatores considerados comuns às diferentes abordagens, tomando como fonte principal os fatores considerados por Grencavage e Norcross (1990). São abordados os fatores de mudança, os fatores ligados ao terapeuta e os fatores relacionais ou de contexto, nos quais incluímos o *setting*, que propomos ser considerado como uma variável relacional.

Por outro lado, ao mesmo tempo que verificamos a escassez de estudos e de instrumentos sobre a variável *setting*, constatamos que as tecnologias digitais, associadas aos novos paradigmas da cultura pós-moderna, aumentam as exigências requeridas aos psicoterapeutas. Face à introdução da chamada psicoterapia *online*, em rigor realizada à distancia mas em tempo real, os psicoterapeutas são chamados a reorganizar o seu *setting* mental e relacional, com particular relevo para os aspetos éticos. Consideramos que todos estes elementos são motivos suficientemente consistentes e que nos estimularam a aprofundar o conhecimento desta variável.

## PARTE II

### METODOLOGIA E ESTUDOS EMPÍRICOS



## CAPÍTULO 3

### Objetivos e metodologia geral

---

3.1. Objetivos gerais

3.2. Fases da investigação

3.3. Instrumentos

3.4. Participantes e procedimentos

3.5. Ética da investigação

3.6. Tratamento estatístico de dados



### 3.1. Objetivos gerais

71

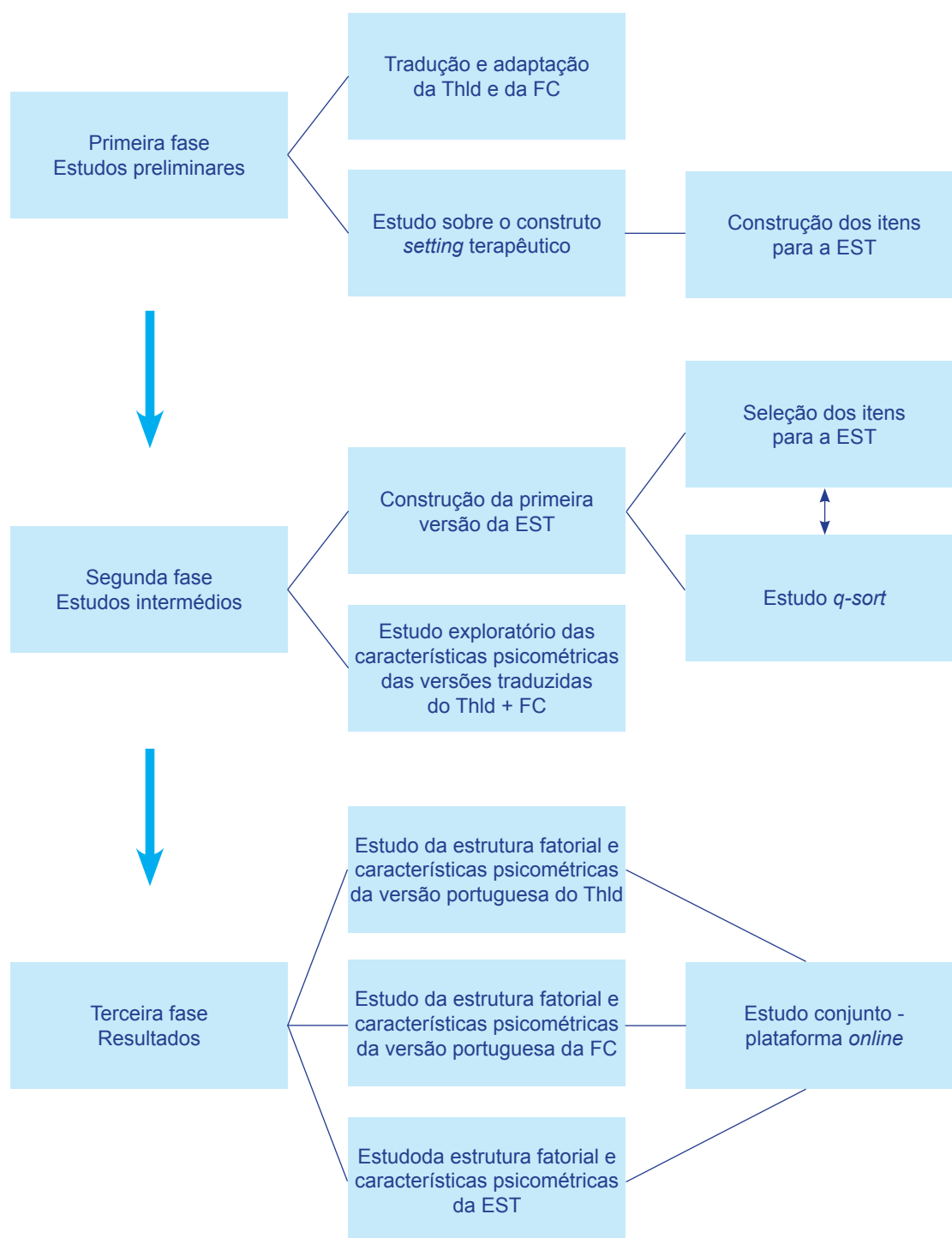
Tendo em mente a revisão teórica realizada e a constatação da inexistência de um instrumento dirigido ao estudo e compreensão da variável *setting* terapêutico, o objetivo principal do presente trabalho consistiu na construção de um instrumento de autorresposta de avaliação do manejo do *setting* - a Escala de *Setting* Terapêutico (EST). Uma vez que os fatores comuns às diferentes terapias têm sido amplamente valorizados na literatura, conforme exposto nos primeiros capítulos e dada a escassez de instrumentos que avaliam estas variáveis, em particular os dirigidos ao terapeuta, foi nosso interesse contribuir também para a disponibilização deste tipo de instrumentos para os psicoterapeutas portugueses. Assim, foram ainda validadas as versões portuguesas do *Therapeutic Identity Questionnaire* (ThId), desenvolvido por Sandell et al (2010; 2004; 2007), e da *Feeling Checklist*, desenvolvida por Holmqvist, Hill e Lang (2007). Estes dois últimos instrumentos foram utilizados no estudo da validade convergente e validade discriminante, respetivamente, da EST.

Deste modo, pensamos poder contribuir para o estudo da variável *setting*, como fator comum nos processos psicoterapêuticos e colocar à disposição da comunidade científica 3 instrumentos psicométricos que consideramos úteis para o estudo do processo psicoterapêutico: um instrumento original de avaliação do manejo do *setting* terapêutico e as versões portuguesas do ThId e da FC.

### 3.2. Fases da investigação

Por motivos de organização e metodologia de trabalho, o processo de investigação a que nos propomos foi repartido por 3 fases principais. No sentido de clarificar o seu desenvolvimento e evolução, o arranjo dos diferentes momentos da investigação distribuídos pelas 3 fases são apresentados no diagrama da Figura 3.1, que descrevemos seguidamente.

72



**Figura 3.1.** Diagrama ilustrativo das fases do processo de investigação



Numa primeira fase de “Estudos preliminares”, e dado que nos propusemos estabelecer a versão portuguesa de 2 instrumentos de autorresposta para o terapeuta, o primeiro passo consistiu na obtenção da respetiva autorização por parte dos autores das versões originais, seguido da tradução e adaptação linguística do *Therapeutic Identity Questionnaire* e da *Feeling Checklist*. Esta tarefa foi realizada com recurso a profissionais de tradução-retroversão e consulta a linguistas, seguindo as diretrizes da *International Test Commission* (ITC; 2003, 2010), e ainda as recomendações de autores de referência nestes procedimentos (Gregoire & Hambleton, 2009; Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005; Hill & Hill, 2005; Vilelas, 2009). Este processo foi acompanhado e legitimado pelos autores dos instrumentos.

73

Paralelamente, e na sequência da revisão da literatura realizada sobre a investigação em psicoterapia, mais concretamente sobre *setting* terapêutico (em rigor, o primeiro passo do processo de investigação), emergiu a necessidade de operacionalizar o referido construto. Este processo foi efetuado por consulta a um painel de especialistas constituído para o efeito, e que aceitaram participar nesta fase do estudo. Os membros deste painel foram consultados individualmente sobre a forma como trabalham com o *setting* na sua atividade clínica. A informação recolhida foi sujeita a análise categorial, seguida da construção de um conjunto alargado de afirmações, a fim de virem a constituir os itens para a escala sobre *setting*, a construir no presente trabalho. Este processo foi devidamente analisado, sendo o conjunto de itens ajustado tendo em linha de conta as indicações de autores de referência ou que consultamos diretamente (Bardin, 1977; Carmo & Ferreira, 1998; Stainton-Rogers, 2011; Vilelas, 2009).

Passamos de seguida para a segunda fase, que designamos por “Estudos intermédios”, na qual avançámos para a construção da primeira versão da Escala de *Setting* Terapêutico (EST) e, no mesmo período, procedemos ao estudo exploratório das características psicométricas da Thld e da FC, instrumentos já traduzidos e adaptados na primeira fase.

Para a construção da primeira versão da EST foi necessário proceder a uma seleção dos itens já delineados. Para tal, introduzimos aqui mais um passo com o objetivo de ordenar e selecionar os itens, recorrendo à metodologia Q (*q-sort*). Sendo esta uma metodologia pouco conhecida para nós, realizámos uma cuidada revisão teórica, a fim de adquirirmos conhecimentos que nos permitissem aplicá-la. Para tal, foram contactados autores especializados nesta metodologia (Job van Exel, Steven Brawn, Wendy Stainton-Rogers) e recorreremos também à participação num curso sobre a metodologia Q na

Universidade de Birmingham. Para aplicação prática do *q-sort* foi depois estabelecida uma parceria com o Departamento de Sistemas de Informação da Universidade do Minho, mais concretamente com o Professor Doutor Leonel Santos, que possui uma ferramenta *Web*, criada especificamente para a realização de estudos *q-sort*, designada por “Delphi com q-sort”. Prosseguimos com a realização deste estudo, que considerámos intermédio, sendo realizada a ordenação e seleção dos itens para a primeira versão da Escala de *Setting* Terapêutico.

74

Paralelamente, foram testadas, ainda que com carácter exploratório, as versões traduzidas do ThId e da FC numa amostra reduzida. Este estudo permitiu ainda explorar algumas diferenças de estilo terapêutico em função da orientação teórica a partir das respostas obtidas no ThId. As versões portuguesas dos dois instrumentos sofreram ainda pequenos ajustes, tendo em conta as sugestões e dificuldades encontradas no estudo exploratório.

Estabelecidas a primeira versão da EST e as primeiras versões portuguesas do ThId e FC, passámos para a terceira fase, que designamos por “Resultados”. Nesta fase, foram testados os instrumentos referidos numa amostra de psicoterapeutas portuguesas. Para este efeito, foram primeiramente estabelecidos contactos com diversas associações/sociedades científicas que creditam e regulam a atividade dos psicoterapeutas em Portugal, a fim de poderem colaborar e divulgar o presente estudo junto dos seus associados.

Nesta etapa o protocolo de investigação correspondeu ao conjunto das versões constituídas da EST, ThId e FC. Optámos, de novo, por conduzir o processo de acordo com as mais recentes ferramentas e tecnologias, mas de forma segura e fiável. Deste modo, foi adquirido um domínio ([www.estudoterapeutas.com](http://www.estudoterapeutas.com)), numa plataforma *online* ([www.psychdata.com](http://www.psychdata.com)), especificamente desenhada para a investigação e recolha de dados através da *Web*, em particular para a investigação em ciências sociais e humanas.

A recolha de dados e construção da base de dados nesta fase foi conduzida nesta plataforma, a partir da qual realizámos, posteriormente, os estudos das características psicométricas das versões produzidas dos 3 instrumentos. O estudo e análises realizadas para cada instrumento serão detalhadamente descritas no capítulo relativo à sua apresentação.

Da mesma forma, os procedimentos específicos correspondentes a cada uma das fases da presente investigação, serão relatadas no respetivo capítulo, tendo em conta o desenho, procedimentos e amostras, que são diferentes para cada fase.

### 3.3. Instrumentos

Tendo em vista os objetivos a que nos propusemos, ao longo das três fases foram estudados três instrumentos: o *Therapeutic Identity Questionnaire: a questionnaire about training, experience, style and values*; *Feeling Checklist*; Escala de *Setting* Terapêutico. Os dois primeiros foram traduzidos e adaptados para a língua portuguesa, e a EST foi totalmente construída no presente trabalho de investigação.

Enunciamos aqui, resumidamente, os dois primeiros instrumentos, porém, eles serão detalhadamente descritos no próximo capítulo, aquando do início dos trabalhos para o seu processo de tradução.

75

#### ***Therapeutic Identity Questionnaire: a questionnaire about training, experience, style and values (Thld)***

O Thld é um questionário de autorresposta, desenvolvido por Sandell et al. (2004; 2007), dirigido a psicoterapeutas e explora um conjunto de características que dizem respeito fundamentalmente à formação e experiência profissional, estilo terapêutico, atitudes e valores subjacentes à prática clínica. A versão mais recente, versão 3 (Sandell, 2010), contém 150 questões repartidas por 6 secções (A a F). As primeiras quatro secções reportam-se a características sociodemográficas, formação académica, formação profissional e orientação teórica (secção A a D). A quinta secção é constituída por duas subescalas que averiguam a perceção do psicoterapeuta sobre o valor de vários componentes da psicoterapia (E1 - “Fatores Curativos”) e a forma habitual de condução da psicoterapia bem como o estilo pessoal (E2 - “Estilo Terapêutico”). Na 6ª secção (F - “Pressupostos de Base”) são abordados pressupostos ou teorias de base do terapeuta acerca da natureza da psicoterapia e da mente humana.

Em geral, o Thld apresenta boas qualidade psicométricas e os seus itens foram aperfeiçoados na versão 3 (Sandell, 2010), utilizada no presente trabalho, tendo sido aconselhada e cedida pelo primeiro autor. A escolha deste questionário prendeu-se também com o facto de, no seu todo, se constituir como um instrumento que abrange um vasto conjunto de características ligadas ao psicoterapeuta e ao processo psicoterapêutico, possibilitando uma avaliação muito completa das atitudes e valores associadas a este processo. A sua utilização para o estudo da validade convergente da EST (instrumento a construir neste trabalho), oferece diferentes possibilidades, uma vez que é constituída por várias subescalas, potencialmente apropriadas para serem testadas.

Por se tratar de um instrumento de reconhecida qualidade e utilidade, já foi traduzido e adaptado para várias línguas estando disponível em Inglês, Castelhana, Alemão, Sueco e Japonês. Deste modo, pareceu-nos que a possibilidade de disponibilizar este instrumento também na versão em língua portuguesa, constitua um contributo de grande utilidade e importância para futuros estudos.

### ***Feeling Checklist (FC)***

76

A FC, *short version*, é uma escala de autorresposta composta por 24 palavras que cobrem o conjunto dos sentimentos em relação ao outro (ex. “contente”, “aborrecido”, “irritado”) desenvolvida por Holmqvist et al. (2007). A escala foi construída com o intuito de ser dirigida a profissionais de saúde, em particular de saúde mental como psicoterapeutas, a fim de avaliar, fundamentalmente, os sentimentos contratransferenciais. A escala está repartida por 8 subescalas (com base em 4 fatores) com três palavras cada uma, que se organizam num eixo circumplexo. Os autores construíram várias versões da escala com 30, 48 e 58 palavras com as quais foram já efetuados vários estudos (Holmqvist & Armelius, 1996; Katsuki, Goto, Takagi, Ozdemir, & Someya, 2006; Rossberg & Friis, 2003; Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007; Thylstrup & Hesse, 2008), revelando boas qualidades.

A FC foi selecionada para o presente estudo, tendo em vista um dos objetivos propostos, o de disponibilizar um instrumento desta natureza para os psicoterapeutas portugueses. Tratando-se de uma escala que avalia sentimentos, é do nosso conhecimento que tem sido estudada e utilizada em investigação sobre sentimentos em populações de profissionais de saúde mental e em profissionais de saúde em geral, permitindo fazer um estudo dos sentimentos contratransferenciais.

A escolha da versão reduzida de 24 palavras foi efetuada com base numa consulta ao seu autor, Rolf Holmqvist, o qual referiu vantagens nesta versão por apresentar maior consistência interna, para além de ser melhor concebida do ponto de vista da sua aplicação e cotação.

Tal como com o Thld, pareceu-nos útil e adequada a possibilidade de disponibilizar este instrumento na versão portuguesa, constituindo, assim, mais um contributo para futuros estudos.

### **Escala de Setting Terapêutico (EST)**

Escala a construir no âmbito do presente trabalho, trata-se de uma escala de autorresposta dirigida ao psicoterapeuta, para avaliação da sua forma de manejo do *setting*

terapêutico. O desenvolvimento desta escala constitui um importante objetivo da presente investigação e, como tal, o seu processo de construção, estudo das características psicométricas e da estrutura fatorial serão apresentadas nos respetivos capítulos.

### **3.4. Participantes e procedimentos**

As três fases do estudo foram realizadas com três amostras diferentes, pelo que serão devidamente descritas aquando da apresentação de cada uma das fases.

77

O mesmo acontece com os procedimentos e metodologia específica, uma vez que cada fase é diferente da anterior.

### **3.5. Ética da investigação**

As orientações relativas aos princípios éticos da investigação científica com seres humanos, em cumprimento atualmente, são as presentes na Declaração de Helsínquia (*World Medical Association*, 2000). Este documento, apesar de ter sido inicialmente dirigido à investigação médica (Rickham, 1964), reconhece também a importância de os investigadores de outras disciplinas científicas que conduzam estudos com participantes humanos aplicarem os mesmos princípios propostos, sendo internacionalmente assumido como o texto diretriz.

Por outro lado, verificamos que as propostas da *American Psychological Association* (2010) para a investigação científica, bem como as do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Diário da República, Regulamento nº 258/2011 de 20 de Abril de 2011) estão integradas na Declaração de Helsínquia.

No decurso da presente investigação, os princípios éticos enunciados nos documentos referidos foram cumpridos sempre que aplicáveis ou adaptados aos diferentes tipos de estudos em causa.

### 3.6.Tratamento estatístico de dados

As análises estatísticas foram executadas, em geral, com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (IBM Corp.; v.20.0; v21.0) ou ao método manual. Para a realização das análises paralelas foi utilizado o programa *Monte Carlo PCA for Parallel Analysis*.

78 Na sua generalidade, os métodos estatísticos utilizados foram a estatística descritiva e estatística inferencial. A avaliação das características psicométricas foi efetuada tendo em consideração as regras descritas pelos autores especialistas nesta área (Anastasi, 1990; Bryman & Cramer, 1993; Edenborough, 1999; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009; Nunnally & Bernstein, 1994).

Foram analisadas as características psicométricas que dizem respeito aos estudos de validade discriminante, validade convergente, validade de construto e fiabilidade.

As análises fatoriais foram conduzidas pelo método de extração dos componentes principais.

Para estimar a fiabilidade calculámos a consistência interna, avaliada através do coeficiente de Alfa de Cronbach e Fiabilidade Compósita.

Uma descrição mais detalhada é apresentada em cada estudo, atendendo ao facto de serem diferentes as metodologias e as amostras nas três fases do desenho global da investigação.

## CAPÍTULO 4

### Primeira fase Estudos preliminares

---

- 4.1. Introdução
- 4.2. Descrição dos instrumentos
- 4.3. Tradução e adaptação dos instrumentos *Therapeutic Identity Questionnaire* e *Feeling Checklist*
- 4.4. Estudo preliminar sobre o construto *setting* terapêutico
- 4.5. Construção dos itens para a Escala de *Setting* Terapêutico





#### 4.1. Introdução

81

A investigação sobre o processo e resultados em psicoterapia, como revisto nos primeiros capítulos deste trabalho, tem despertado o interesse dos investigadores, não só sobre os fatores que a influenciam, mas também no desenvolvimento de técnicas e instrumentos psicométricos que permitam avaliar os construtos e/ou variáveis associadas ao processo e que, de algum modo, proporcionem uma melhoria na sua compreensão (Castonguay & Beutler, 2006b; Grenavage & Norcross, 1990; Lambert, 2004; Norcross, 2002a). Entendemos que este conhecimento tem em vista não só uma melhor compreensibilidade do processo psicoterapêutico, mas também a possibilidade de perceber o seu impacto nos resultados (Okiishi et al., 2006; Orlinsky et al., 2004).

No cumprimento dos objetivos estabelecidos para este trabalho, introduzimos um conjunto de estudos que se prendem precisamente com o desenvolvimento ou a adaptação de instrumentos de medida de variáveis inerentes ao processo terapêutico, sejam ligadas ao terapeuta, ao paciente, ou ao processo em si. Verificamos que são escassos estes instrumentos na língua portuguesa, nomeadamente os de autorresposta, ou mesmo inexistentes, no caso da avaliação do *setting* terapêutico.

Assim, nesta primeira fase dos estudos, conforme diagrama descrito no capítulo 3, pretendemos realizar os estudos preliminares necessários para a utilização dos instrumentos em língua inglesa selecionados, e aos estudos que dizem respeito ao construto *setting* terapêutico. Estes últimos, têm por fim a construção dos itens para a Escala de *Setting* Terapêutico. Os instrumentos em língua inglesa são o *Therapeutic Identity Questionnaire: a questionnaire about training, experience, style and values* e a *Feeling Checklist*, os quais depois de traduzidos e adaptados para a sua versão portuguesa, serão ainda utilizados para o estudo da validade convergente e validade discriminante, respetivamente, da Escala de *Setting* Terapêutico.

Deste modo, neste capítulo apresentamos primeiramente uma descrição detalhada dos instrumentos, motivo da sua escolha e metodologia de tradução e adaptação para a língua portuguesa. Seguidamente, expomos o estudo preliminar que foi realizado no sentido de melhor operacionalizar e categorizar o conceito de *setting*, bem como a construção de um primeiro conjunto de itens para constituírem a Escala de *Setting* Terapêutico, os quais serão selecionados, posteriormente, por uma outra metodologia (metodologia Q), que será descrita no capítulo seguinte.

## 4.2. Descrição dos instrumentos

### ***Therapeutic Identity Questionnaire: a questionnaire about training, experience, style, and values (Thld)***

O Thld é um questionário de autorresposta dirigido a psicoterapeutas, que avalia um conjunto de dimensões relacionadas com a identidade do psicoterapeuta, em particular no que diz respeito ao seu estilo pessoal, atitudes e valores que assume para o processo psicoterapêutico. A versão original do Thld foi desenvolvida por Sandell et al. (2004), sendo posteriormente aperfeiçoada (Sandell, 2010; Sandell et al., 2007).

A versão utilizada neste estudo (versão 3) foi cedida pelo autor em conjunto com o respetivo manual e valores psicométricos para cada uma das subescalas (Sandell, 2010), e é constituída por 150 questões que se repartem por 6 secções, de A a F. As quatro primeiras secções dizem respeito a elementos que caracterizam o terapeuta e as suas opções académicas, profissionais e de formação pessoal. Estas secções asseguram a informação sobre: 1) características sociodemográficas, formação académica e profissional (secção A); 2) experiência profissional (por exemplo, experiência profissional, duração e extensão da prática psicoterapêutica) (secção B); 3) dados relativos à realização anterior de terapia pessoal por iniciativa própria ou no quadro da formação profissional (secção C); 4) identificação das orientações teóricas em que é baseado o respetivo trabalho psicoterapêutico (por exemplo, psicanálise/psicodinâmica, cognitiva, cognitivo-comportamental, psicoterapias humanistas e experienciais, terapia familiar) (secção D); esta secção D é avaliada através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, de acordo com a prática que faz das orientações teóricas referidas (0 = “nada” até 4 = “muito”).

O questionário continua com a 5ª secção (E), constituída por duas subescalas que avaliam a perceção do psicoterapeuta sobre as atitudes terapêuticas. A primeira subescala,

designada “Fatores curativos” (E1), contém 33 itens, cotados numa escala de 5 pontos (0 = “nada” a 4 = “muito”), que exploram as crenças do terapeuta relativamente à competência curativa de várias atitudes próprias da psicoterapia (p. ex., “ajudar o paciente a controlar as emoções”; “trabalhar com as recordações de infância do paciente”). A segunda subescala, denominada “Estilo terapêutico” (E2), é composta por 35 itens que descrevem a forma habitual de condução do processo psicoterapêutico (p. ex., “não respondo a perguntas de carácter pessoal vindas do paciente”, “as minhas intervenções verbais são breves e concisas”), também cotada numa escala do tipo Likert de forma idêntica à anterior.

83

A 6ª secção, denominada “Pressupostos de base” (F) é composta por 16 itens que abordam as teorias e/ou pressupostos de base do psicoterapeuta acerca da natureza do trabalho psicoterapêutico e da mente humana. Esta última subescala é cotada numa escala bipolar contínua, com uma afirmação em cada pólo, devendo o respondente marcar nessa linha a posição que entende corresponder ao seu grau de concordância relativamente a diferentes pressupostos (p. ex., “a psicoterapia pode ser descrita como... uma forma de arte / uma ciência”, “o comportamento humano é governado essencialmente....por fatores externos objetivos / por fatores internos subjetivos”, “a personalidade é determinada por... hereditariedade / ambiente”). No caso desta última secção, trata-se de uma escala do tipo *Visual Analogue Scales* (VAS; Escala Analógica Visual), e se traduzida em pontos, poderemos afirmar que se avalia num contínuo de 0 até 10 pontos.

O ThId apresenta ainda uma última secção final (G), que apresenta um conjunto de quatro questões abertas baseadas no *Psychotherapists Common Core Questionnaire* (Orlinsky et al., 1999), a qual foi também traduzida e adaptada, mas não incluída neste estudo, uma vez que se trata de uma secção opcional, pouco utilizada pelos autores do questionário.

O estudo da estrutura fatorial do instrumento original foi feito a partir de uma análise fatorial exploratória e validação cruzada da amostra, até serem atingidos fatores estáveis e interpretáveis (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004). Os itens das subescalas E1, E2 e F ficam agrupados em nove fatores, repartidos pelas 3 subescalas com 3 fatores cada uma: E1- “Fatores curativos”, que inclui os fatores “ajustamento”, “*insight*” e “simpatia”; E2 - “Estilo terapêutico”, que comporta os fatores “neutralidade”, “apoio” e “dúvida em relação a si”; a subescala F- “Pressupostos de base”, que contém os fatores “irracionalidade”, “arte” e “pessimismo”. No que diz respeito à consistência interna, esta foi avaliada através do Alfa de Cronbach. As subescalas que incluem os fatores “ajustamento”, “*insight*”, “simpatia”, “neutralidade” e “apoio/suporte” revelaram boa consistência (valores de Alfa de Cronbach

entre .75 e .87). As restantes subescalas, que incluem os fatores “dúvida em relação a si”, “irracionalidade”, “arte” e “pessimismo”, revelaram baixa consistência interna, com valores de Alfa de Cronbach entre .48 e .67 (Sandell, 2010).

Vários estudos têm sido conduzidos com o Thld ou as suas subescalas (Carlsson et al., 2011; Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2006; Sandell et al., 2007; Taubner et al., 2010), uma vez que podem ser utilizadas isoladamente com boa avaliação das suas qualidades psicométricas.

84

### ***Feeling Checklist (FC)***

A FC, *short version* (Holmqvist et al., 2007) é uma escala de autorresposta constituída por 24 itens que correspondem a palavras que cobrem um conjunto de sentimentos. A maioria dos estudos com utilização deste instrumento nas suas diferentes versões (Holmqvist & Armelius, 2006; Katsuki et al., 2006; Rossberg, Hoffart, & Friis, 2003), avaliam sentimentos do terapeuta relativamente a um determinado paciente, essencialmente sentimentos contratransferenciais, e reportam-se a um determinado momento, em regra a sessão psicoterapêutica mais recente (a fim de aumentar o rigor de notação da variável). O psicoterapeuta é convidado a cotar cada uma das palavras que evocam um sentimento (p.ex. “relaxado”, “irritado”, “contente”, “calmo”) numa escala de 4 pontos (de 0 = “nada” a 3 = “muito”). A escala organiza-se num eixo circumplexo de oito subescalas com três itens (palavras), baseada nas dimensões positivo-negativo e próximo-distante.

A primeira versão da FC (Holmqvist & Armelius, 1996) contém 30 palavras. Contudo, foram elaboradas ainda mais duas versões, uma de 48 palavras (Holmqvist, 2001) e outra de 58 palavras (Rossberg et al., 2003). Esta última foi baseada em sugestões de sentimentos transmitidos por terapeutas inquiridos e ainda alguns itens da escala *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

As propriedades psicométricas das várias versões (estrutura fatorial, validade e consistência interna) têm sido consideradas satisfatórias nos estudos em que têm vindo a ser utilizadas (Holmqvist & Armelius, 1996; Katsuki et al., 2006; Rossberg & Friis, 2003; Rossberg et al., 2007; Thylstrup & Hesse, 2008). A versão com 58 palavras (Rossberg et al., 2003) é distribuída por 7 fatores que explicam 53% da variância, e apresentam uma consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach que varia entre .76 e .91.

#### 4.3. Tradução e adaptação dos instrumentos *Therapeutic Identity Questionnaire* e *Feeling Checklist*

A primeira fase dos estudos propostos inicia-se com a tradução e adaptação dos instrumentos *Therapeutic Identity Questionnaire* e *Feeling Checklist*, a qual foi realizada conjuntamente.

O primeiro passo consistiu na obtenção dos instrumentos e autorização por parte dos respetivos autores. Passámos, de seguida, aos procedimentos de tradução e de adaptação para a língua portuguesa de uma primeira versão experimental. Os procedimentos tiveram por base as diretrizes da *International Test Commission* (ITC; 2003, 2010), as recomendações de Hambleton, Merenda e Spielberger (2005) e Gregoire e Hambleton (2009), e ainda as sugestões para adaptação de instrumentos de autores de referência nestes procedimentos metodológicos (Hill & Hill, 2005; Vilelas, 2009). De acordo com as referidas diretrizes, a tradução deverá ser realizada por dois ou mais tradutores independentes bilingues, ou tradutores oficiais cuja língua mãe é a da versão a adaptar (van de Vijver & Hambleton, 1996; van de Vijver & Tanzer, 1997).

85

Assim, foi utilizada a metodologia de tradução-retroversão, e para efetuar uma tradução com garantias de rigor metodológico, primeiramente foram contratados dois tradutores bilingues independentes (tradutores oficiais licenciados, um de língua mãe portuguesa, outro de língua mãe inglesa). Num segundo momento fez parte do painel de tradutores um especialista bilingue (português-inglês) com formação em psicologia e participação em vários trabalhos de construção e validação de instrumentos psicológicos.

A fim de cumprir com as *guidelines* para adaptação de testes da ITC (2010) foi garantido que os especialistas que participaram na tradução e retroversão tinham diferentes currículos académicos e origens culturais, de forma a afiançar que o resultado final do texto entra em consideração, simultaneamente, com os aspetos linguísticos e culturais da língua de origem e da língua da versão adaptada.

Deste modo, consideramos terem sido reunidas as condições no sentido de ser avaliada a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual, de acordo com as indicações para este tipo de procedimentos (Vilelas, 2009).

As versões retrovertidas foram ainda revistas pelos autores dos instrumentos originais, Rolf Sandell (ThId) e Rolf Holmqvist (FC).

#### **4.4. Estudo preliminar sobre o construto *setting* terapêutico**

##### **Metodologia**

Tendo em vista a elaboração dos itens para a Escala de *Setting* Terapêutico (EST), tornou-se necessário realizar um conjunto de procedimentos, desde logo no sentido da operacionalização do construto *setting* terapêutico, por ser ainda um conceito com definição pouco clara na literatura. Por outro lado, a inexistência de outros instrumentos com o mesmo fim não permite uma análise dos mesmos, no sentido de, a partir destes, podermos apurar elementos a considerar no instrumento a construir.

86

Deste modo, iniciámos esta fase do trabalho com a realização de uma pesquisa prévia, com o objetivo de encontrar categorias para melhor definir o conceito e a forma como o psicoterapeuta lida com este elemento, comum às diferentes abordagens psicoterapêuticas. Também no sentido da pesquisa para a construção do instrumento EST, tornou-se essencial a recolha de informação sobre as atitudes e comportamentos do terapeuta, seguindo a metodologia indicada na literatura para a construção de instrumentos.

Assim, em termos do desenvolvimento e evolução dos trabalhos, considerando a metodologia referida, para além da revisão teórica realizada, numa fase inicial de construção da escala EST foram desenvolvidos procedimentos realizados em dois momentos consecutivos. Em primeiro lugar foi realizada uma consulta a um painel de especialistas psicoterapeutas sobre o construto *setting* terapêutico. Em segundo lugar foi construído um conjunto de afirmações com o intuito de estabelecer os itens para uma versão inicial da EST.

##### **Consulta ao painel de especialistas sobre o *setting* terapêutico**

Foi levada a cabo uma primeira consulta a um painel de especialistas psicoterapeutas com orientação teórica distinta. A amostra foi constituída por conveniência, resultando do contacto realizado pessoalmente, num primeiro momento, a um grupo de 30 psicoterapeutas de reconhecida experiência, de diferentes zonas geográficas do país, dos quais 18 responderam afirmativamente à participação no estudo, durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2009. Todos os participantes possuem habilitações para a atividade clínica que desenvolvem e a sua prática está creditada por sociedades científicas, instituições de formação, ou outras instituições da rede pública ou privada, devidamente reconhecidas, sendo a sua prática clínica também desenvolvida em contexto privado ou em serviços públicos.

## Procedimento de recolha de informação

Seguidamente, os psicoterapeutas foram contactados por correio eletrónico, sendo enviada uma carta com uma descrição resumida do projeto e em anexo uma página formato A4 com a seguinte questão: “O que faz para preservar o *setting* no seu trabalho psicoterapêutico?”. Era ainda referido que, em “nota de rodapé”, nos pudessem sugerir qual a questão (ou questões) que colocariam a um painel alargado de psicoterapeutas para melhor concretizar o conceito e manejo do *setting*. Assim, foi proposto a cada um dos sujeitos já previamente contactados que, com base na sua experiência (de saber e saber fazer), nos transmitisse os seus comentários sobre a questão colocada em título. Deste modo, as respostas a esta primeira consulta resultam da reflexão de um conjunto de psicoterapeutas devidamente credenciados e com experiência clínica comprovada.

87

As respostas recebidas foram, primeiramente, trabalhadas de acordo com a metodologia de análise de conteúdo, para identificação das categorias e subcategorias relativas ao manejo do *setting* referidas pelos respondentes.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que permite a explicitação, sistematização e expressão do conteúdo manifesto das mensagens/comunicações numa descrição objetiva, tendo por finalidade a sua interpretação (Carmo & Ferreira, 1998; Vilelas, 2009). Mais especificamente, e de acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo corresponde a:

“Um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (p. 42).

A fim de alcançar este objetivo, o processo de análise de conteúdo foi organizado em três momentos: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados e interpretação (Vilelas, 2009). De entre as várias técnicas desenvolvidas para a análise de conteúdo, optamos pela análise temática ou categorial. Esta visa desvendar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e preocupa-se também com a frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis (Bardin, 1977), o que, nesta fase cumpre os nossos propósitos. Sob a orientação destes autores e das indicações teóricas, avançámos para a análise categorial das respostas dadas pelo painel de psicoterapeutas participantes nesta fase do estudo.



## Painel de psicoterapeutas

Conforme já referido, 18 psicoterapeutas aceitaram participar nesta tarefa. Estes pertencem maioritariamente ao género feminino ( $n = 12$ ; 66.7%) sendo os restantes ( $n = 6$ ; 33.3 %) do género masculino. Todos os sujeitos possuem formação académica em psicologia, à exceção de 1, do sexo feminino, com formação em medicina. Quanto à sua distribuição por orientação terapêutica de base, 5 (27.8%) são terapeutas cognitivo-comportamentais, e 13 (72.2%) reportam-se à teoria psicodinâmica.

88

## Categorias e subcategorias identificadas

Depois de uma primeira triagem/mapeamento, passámos a um segundo momento em que algumas subcategorias foram agregadas e integradas numa mesma categoria (podendo estas ainda ser reajustadas). Neste caso, e ensaiando apropriar um método de análise de conteúdo das respostas, fomos construindo categorias e subcategorias, em função dos termos, expressões ou conceitos abordados pelos inquiridos.

O conjunto de categorias construído diz respeito à primeira tentativa de categorização do material encontrado nas respostas dos participantes, relativas a esta fase da construção do instrumento de avaliação do *setting*. Com base nestas respostas, e utilizando a análise temática ou categorial, identificámos 5 categorias, cada uma delas integrando subcategorias, que apresentamos na Tabela 4.1.

**Tabela 4.1.** Categorias e subcategorias identificadas

Questão colocada: o que faz para preservar o <i>setting</i> no seu trabalho terapêutico?	
Categorias e subcategorias identificadas nas respostas	
Categoria	Subcategoria
<b>Regras/contrato</b>	Uso do telefone durante a sessão Faltas, trocas, férias e horários das sessões Pagamentos Contactos extrasessão Tolerância a alterações das regras do contrato
<b>Características do terapeuta</b>	Continente/suporte Contratransferência Verbalização Comentário/interpretação Reflexão com pares/supervisão
<b>Características do paciente</b>	Paciente como protagonista Transferência Acting



<b>Espaço terapêutico</b>	Conforto e segurança Manutenção/mudança Ambiência Decoração
<b>Relação terapêutica</b>	Gratificação Frustração Empatia Comunicação não verbal
Total = 5 categorias e 21 subcategorias	

Apresentamos, de seguida, a descrição da distribuição dos nossos inquiridos pelas categorias e subcategorias identificadas, fazendo apenas um breve comentário relativamente à sua frequência e percentagem de respostas encontradas.

89

A categoria “Regras/contrato” subdivide-se em “uso do telefone durante a sessão” ( $n = 6$ ; 15,8%), “faltas/trocas/férias/horários das sessões” ( $n = 13$ ; 34,2%), “pagamentos” ( $n = 5$ ; 13,2%), “contactos extra sessão” ( $n = 4$ ; 10,5%) e “tolerância a alterações das regras e do contrato” ( $n = 10$ ; 26,3%).

A categoria “Características do terapeuta” subdivide-se em 5 subcategorias: “continente/ suporte” ( $n = 4$ ; 30,8%), “contratransferência” ( $n = 3$ ; 23,1%), “verbalização” ( $n = 2$ ; 15,4%), “comentário/ interpretação” ( $n = 3$ ; 23,1%) e “reflexão com pares/supervisão” ( $n = 1$ ; 7,7%).

Quanto à categoria “Características do paciente”, esta assume 3 subcategorias: “paciente como protagonista” ( $n = 7$ ; 77,8%), “transferência” ( $n = 1$ ; 11,1%) e “*acting*” ( $n = 1$ ; 11,1%).

Na categoria “Espaço terapêutico” encontramos 4 subcategorias: “conforto e segurança” ( $n = 5$ ; 25,0%), “manutenção/mudança” ( $n = 6$ ; 30,0%), “ambiência” ( $n = 4$ ; 20,0%) e “decoreação” ( $n = 5$ ; 25,0%).

Relativamente à categoria “Relação terapêutica” identificamos 4 subcategorias: “gratificação” ( $n = 6$ ; 31,6%), “frustração” ( $n = 5$ ; 26,3%), “empatia” ( $n = 5$ ; 26,3%) e “comunicação não verbal” ( $n = 3$ ; 15,8%).

Verificamos nestes dados que três das categorias encontradas são idênticas aos fatores comuns encontrados por Grenca e Norcross (1990) e expostos na revisão teórica desta dissertação (“Características do terapeuta”, “Características do paciente” e “Relação terapêutica”). As outras duas categorias encontradas, são estabelecidas de forma mais dirigida ao conceito “tradicional” de *setting* terapêutico (“regras/contrato” e “espaço terapêutico”).

#### 4.5. Construção dos itens para a Escala de *Setting* Terapêutico

Depois de estabelecido um conjunto de categorias e subcategorias relativamente ao *setting* terapêutico, foi elaborada uma *pool* de afirmações com o objetivo de delinear uma versão inicial de itens para a EST. O conteúdo das afirmações assenta na revisão da literatura e na análise categorial realizada a partir da consulta ao painel de especialistas sobre o construto *setting* terapêutico.

90

Assim, num primeiro momento, foi criado um conjunto de 52 afirmações ou itens iniciais (Tabela 4.2), todas elas originais já que não conhecemos instrumentos semelhantes e/ou com o mesmo fim, a partir dos quais pudéssemos adaptar alguns itens.

**Tabela 4.2.** Conjunto dos 52 itens iniciais construídos para a EST

Item	Descrição
1	Utilizo o telefone durante as sessões sempre que necessário e independentemente do momento da sessão
2	Deixo que o paciente utilize o telefone durante as sessões seja qual for o motivo do telefonema
3	Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta
4	Mantenho inalterados os objetivos definidos no contrato terapêutico seja qual for a evolução da terapia (ritmo, vicissitudes transferenciais, resistências)
5	Altero o dia ou a hora das sessões sempre que tiver necessidade de fazê-lo, ou a pedido do paciente
6	Disponibilizo o contacto pessoal ao paciente, com indicação de que me pode telefonar sempre que necessite
7	Ajusto os meus honorários quando entendo que é apropriado
8	Faço a contenção emocional e cognitiva do <i>acting-out</i> negativo por parte do paciente
9	Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência
10	Exprimo o que estou a sentir em relação às atitudes e sentimentos do paciente a meu respeito
11	Tolero os silêncios do paciente seja qual for o significado que lhes atribuo
12	Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer
13	Mudo o mobiliário ou a decoração do consultório a meu gosto sempre que sinto essa necessidade
14	Submeto a supervisão clínica regular o trabalho que efetuo com os meus pacientes
15	Participo em grupos de discussão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes
16	Reajo sempre de um modo explícito às mudanças de humor e às alterações de comportamento do paciente
17	Tolero a quebra de regras do contrato terapêutico por parte do paciente se o sentir emocionalmente vulnerável

18	Mantenho sempre um ambiente sossegado e sem interferências sonoras no consultório
19	Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão
20	Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão
21	Mostro a minha empatia pelo paciente sempre que me é possível
22	Aceito de bom grado os elogios e as prendas ofertadas pelo paciente
23	Tenho dificuldade em tolerar as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)
24	Cumprimento sempre o paciente de modo caloroso no início e no fim da sessão
25	Mantenho sempre a minha mente focalizada naquilo que se passa no interior da sessão
26	Intervenho sempre que me dou conta de que a mente do paciente se distrai ou afasta da sessão
27	Levo em consideração as crenças e convicções espirituais do paciente nas minhas atitudes e comentários no interior da sessão
28	Questiono regularmente o paciente sobre quais são as suas expectativas em relação à terapia
29	Sigo rigorosamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento, mesmo nos momentos mais problemáticos da sessão
30	Deixo que o paciente conduza a sessão em momentos de maior avanço reflexivo ou quando me sinto indeciso ou confuso (sobre o sentido do material ou do impacto emocional que me causa)
31	Relembro ao paciente os objetivos e as regras do contrato terapêutico sempre que o sinto mais distante, hesitante ou resistente ao tratamento
32	Altero o foco ou os objetivos do tratamento em função das expectativas do paciente
33	Remeto para o “aqui e agora” da relação terapêutica atual a interpretação das queixas do paciente relativamente a terapeutas anteriores
34	Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil
35	Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia
36	Faço tudo para facilitar ao paciente a remarcação das sessões em caso de falta ou de indisponibilidade pontual
37	Prolongo o tempo de duração da sessão a pedido o paciente, e quando sinto que está com dificuldade em acabar a sessão
38	Altero a periodicidade das sessões ou alterno o tempo de intervalo entre sessões a pedido do paciente
39	Favoreço a proximidade física quando sinto que ajuda a conter sentimentos negativos ou facilita a expressividade emocional do paciente
40	Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)
41	Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões
42	Estimulo a verbalização das vivências do paciente no “aqui e agora” da relação terapêutica comigo
43	Tolero que o paciente utilize livremente o espaço físico do consultório (i.e., que se levante e volte a sentar, caminhe pelo consultório)
44	Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente e também combino com ele as alterações ao plano inicial
45	Altero o tom de voz, a postura e a expressão facial em reação às mudanças de humor e às alterações do comportamento do paciente em sessão

46	Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente
47	Forneço ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico
48	Anoto sempre tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte
49	Uso o <i>setting</i> como elemento integrante do processo terapêutico
50	Defino o plano terapêutico em conjunto com o paciente
51	Aceito fazer alguma exposição pessoal do terapeuta
52	Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes

92

Estes itens foram analisados quanto ao conteúdo, compreensibilidade e adequação. Uma vez que alguns deles foram sendo construídos à medida que eram analisadas as respostas dos especialistas, verificámos que, muitos se repetiam no seu conteúdo, apenas diferindo na redação do texto. Deste modo, foram eliminados os itens que se revelaram redundantes e os que apresentavam conteúdo incoerente com a literatura científica sobre o tema. Os itens pouco compreensíveis ou que entendemos que não traduziam corretamente o que foi transmitido pelo grupo de especialistas inquiridos foram corrigidos no que respeita à sua redação.

Para seleção final dos itens optámos por utilizar a metodologia Q, com um estudo *q-sort*, que será descrito no capítulo seguinte (segunda fase) desta dissertação. No entanto, por se tratar de uma metodologia específica, decidimos consultar uma especialista nesta matéria, Wendy Stainton-Rogers<sup>7</sup>, ainda nesta fase dos estudos, no sentido de nos ajudar a esclarecer se os itens estariam adequados para introduzir numa metodologia deste tipo. Assim, a *pool* de itens foi traduzida para inglês e enviada para a referida especialista. Por fim, foram ainda ajustados ou eliminados alguns itens de acordo com as indicações da referida especialista, tendo ficado estabelecido um conjunto de 30 itens para utilizar no estudo Delphi com *q-sort*, de acordo com a metodologia Q, aos quais fizemos corresponder a respetiva categoria (Tabela 4.3).

<sup>7</sup> Wendy Stainton-Rogers é Professora Catedrática na *Faculty of Health & Social Care, Open University*, London, UK, e especialista reconhecida em metodologia Q.

**Tabela 4.3.** Conjunto dos 30 itens e respectivas categorias para incluir no estudo *q-sort*

Item	Descrição	Categorias*
1	Mantenho inalterados os objetivos definidos inicialmente no contrato terapêutico seja qual for a evolução da terapia (ritmo, resistências, melhorias etc.)	R/C + CT
2	Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão	CT
3	Altero o dia ou a hora das sessões sempre que eu tiver necessidade de fazê-lo	R/C
4	Disponibilizo o contacto pessoal ao paciente, com indicação de que me pode telefonar sempre que necessite	CT; R/C; RT
5	Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência	CP; CT; RT
6	Exprimo o que estou a sentir em relação às atitudes e sentimentos do paciente a meu respeito	CT; CP
7	Tolero os silêncios do paciente seja qual for o significado que lhes atribuo	RT; CT; CP
8	Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer	CT
9	Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta	R/C
10	Utilizo o telefone durante as sessões sempre que necessário e independentemente do momento da sessão	R/C; CT
11	Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão	RT; CT
12	Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente	RT; CT; CP
13	Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)	RT; CT
14	Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia	CT; RT
15	Levo em consideração as crenças e convicções espirituais do paciente para o processo terapêutico em curso	CT
16	Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico	R/C; CT
17	Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente	CT; RT
18	Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes	CT
19	Converso com familiares do paciente a seu pedido quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil	CT; CP
20	Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão	ET
21	Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes.	CT
22	Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico	CT; RT
23	Reajo sempre de um modo explícito às mudanças de humor e às alterações de comportamento do paciente	CT; CP; RT
24	Promovo a proximidade física quando sinto que ajuda a conter sentimentos negativos ou facilita a expressividade emocional do paciente	RT; CT; CP
25	Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)	R/C

<b>26</b>	Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão	R/C; CT; CP
<b>27</b>	Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões	ET
<b>28</b>	Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente.	RT; CT
<b>29</b>	Tolero que o paciente utilize livremente o espaço físico do consultório (i.e., que se levante e volte a sentar, caminhe pelo consultório)	ET; CT
<b>30</b>	Anoto sempre tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte	CT

\* R/C = Regras/contrato; CT = Características do terapeuta; CP = Características do paciente; ET = Espaço terapêutico; RT = Relação terapêutica

Cumprido este passo demos início aos contactos e procedimentos para realização do estudo com *q-sort* (metodologia Q) a fim de ordenar e seleccionar os itens, e determinar assim a primeira versão da EST.

## CAPÍTULO 5

### Segunda fase Estudos intermédios

---

#### 5.1. Construção da Escala de *Setting* Terapêutico

##### 5.1.1. Seleção dos itens para a versão inicial da Escala de *Setting* Terapêutico

##### 5.1.2. A metodologia Q nas ciências sociais e humanas: O resgate da subjectividade na investigação empírica

##### 5.1.3. Estudo Delphi com *q-sort*

##### 5.1.4. Resultados do estudo Delphi com *q-sort*

##### 5.1.5. Escala de *Setting* Terapêutico

#### 5.2. Estudo exploratório da primeira versão Portuguesa do *Therapeutic Identity Questionnaire* e da *Feeling Checklist*

##### 5.2.1. Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo através do *Therapeutic Identity Questionnaire* - ThId

##### 5.2.2. Estudo exploratório da primeira versão Portuguesa da *Feeling Checklist*





## 5.1. Construção da Escala de *Setting* Terapêutico

97

### 5.1.1. Seleção dos itens para a versão inicial da Escala de *Setting* Terapêutico

Através dos procedimentos levados a cabo na fase anteriormente descrita, relativa à construção dos itens para a EST, foi constituído um conjunto de 30 afirmações, que reuniram condições para fazerem parte da primeira versão da escala. Contudo, mesmo depois da revisão da literatura e da categorização por consulta ao primeiro painel de especialistas, entendemos ser útil introduzir mais um passo na construção do instrumento. Apesar de toda a informação recolhida e da elaboração do conjunto de itens já realizada, a seleção dos itens para a versão a estudar seria de crucial importância e implicava um processo rigoroso de seleção. Neste sentido, pela pesquisa realizada na literatura e também por consulta a autores reconhecidos em diferentes tipos de metodologias (Brown, 2002, 2006; Danielson, 2009a; Stenner, Watts, & Worrell, 2008; Willig & Stainton-Rogers, 2008) optamos por realizar um estudo *q-sort* (em rigor Delphi com *q-sort*), designação usual para os estudos que recorrem à metodologia Q, a fim de imprimir um processo mais sistematizado e rigoroso no que respeita à seleção dos itens para o instrumento inicial, a ser avaliado posteriormente.

Atendendo a que se trata de uma metodologia pouco usual na investigação científica em Portugal, mas com larga utilização na pesquisa internacional em ciências sociais e humanas, nomeadamente na área da psicologia, entendemos justificar-se fazer aqui uma apresentação mais detalhada na metodologia Q.

Dado que os estudos com esta metodologia são escassos na língua portuguesa, a sua preparação implicou um grande empenho de leitura e pesquisa, obrigando a organizar todo um conjunto de notas, que deu origem a uma publicação (Couto, Farate, Ramos, & Fleming, 2011). Assim, optámos por apresentar o artigo já publicado, uma vez que inclui uma explicação teórica e metodológica sobre a metodologia Q. As normas de apresentação

e ortografia correspondem às exigências da revista, vigentes à data de publicação. Foram efetuadas pequenas alterações ao artigo original no que respeita à formatação, no sentido de adequar a sua integração no corpo deste trabalho.

### 5.1.2. A metodologia Q nas ciências sociais e humanas: O resgate da subjectividade na investigação empírica<sup>8</sup>

#### Resumo

No âmbito das ciências sociais e humanas, incluindo a psicologia, não tem sido dada a devida atenção à metodologia Q. Trata-se de uma metodologia com procedimentos apropriados ao estudo de conceitos subjectivos como crenças, atitudes, comportamentos e opiniões e cuja eficácia implica uma grande habilidade e rigor por parte do investigador. Os participantes Q são cuidadosamente seleccionados de forma a constituírem uma amostra de participantes relevantes para a discussão do tema em questão. A análise e tratamento de dados é um processo objectivo e quantitativo, que auxilia a clarificação de alguns dos conceitos estudados ao campo das ciências sociais e do comportamento, ao mesmo tempo que integra as metodologias quantitativa e qualitativa numa relação de complementaridade.

99

**Palavras-chave:** metodologia Q, subjectividade, investigação empírica, comportamentos humanos.

#### Abstract

The Q methodology has not yet been given the proper treatment by the Social and Human Sciences, Psychology included. It is a methodology whose procedures are suitable to the empirical study of subjective concepts such as beliefs, attitudes, behaviours, and opinions and whose efficacy requires great skill and accuracy by the researcher. Q Participants are carefully selected so as to constitute a relevant sample to the discussion of the topic at issue. The data analysis and processing is an objective and quantitative process, which helps to clarify some of the concepts studied in the social and behavioural sciences. At the same time, it incorporates the quantitative and qualitative methodologies in a complementary relationship.

**Keywords:** Q-method, subjectivity, empirical studies, human behaviour.

#### Introdução

A Metodologia Q foi criada na década de 30 do século passado<sup>9</sup> por William Stephenson, físico e psicólogo inglês interessado em encontrar recursos para estudar a subjectividade, característica de alguns objectos de estudo presentes em diferentes áreas

8 Couto, M., Farate, C., Ramos, S., & Fleming, M. (2011). A metodologia Q nas ciências sociais e humanas: O resgate da subjectividade na investigação empírica. *Psicologia*, 25(2), 7-21.

9 Para uma revisão histórica mais completa consultar Block (1961), Brown (1980) e Smith (2001).

e contextos, incluindo os contextos pessoal e vivencial. Esta metodologia foi posteriormente desenvolvida nos EUA por Steven Brown, com um aperfeiçoamento significativo no que respeita à investigação empírica nas áreas das ciências sociais e humanas (Watts & Stenner, 2005a, 2005b).

100 Trata-se de uma metodologia baseada, originariamente, numa perspectiva construtivista, segundo a qual os seres humanos agem de acordo com as representações que constroem da realidade, e não de acordo com a própria realidade em si. Este pressuposto implica que a representação da realidade externa seja construída internamente, já que resulta de uma interação com o meio que é única para cada indivíduo (Boros, Visu-Petra, & Cheie, 2007).

De acordo com Stenner (2008/2009) Stephenson estaria sobretudo interessado em explorar as fundações empíricas do construtivismo, isto é, em explorar os processos de construção da representação individual da realidade a partir da experiência. Recorreu, assim, à metodologia Q para investigar a variedade das construções subjectivas da realidade, procurando extrair configurações interindividuais similares (*q-sorts*) que lhe permitissem definir factores capazes de categorizar essa diversidade representativa, pelo recurso a análises factoriais interpessoais (*Q factor analyses*).

Nas palavras de Stenner (2008/2009) a metodologia Q é, então, uma “metodologia construtivista arquetípica” (p.47), já que se refere sempre ao estudo dos processos intersubjectivos de construção da realidade na interacção com o meio.

A formulação teórica fundacional de Stephenson (1986), para a metodologia Q como método de estudo da complexidade fenomenológica da experiência humana, é coerente com a sua crítica relativamente à orientação empírico-positivista dos paradigmas dominantes da psicologia - behaviorismo e cognitivismo - os quais, segundo ele, estariam presos a um determinismo linear causa-efeito característico da corrente positivista do pensamento científico aplicado à psicologia.

Ainda de um ponto de vista epistemológico, Febbraro (1995) considera que a metodologia Q reflectia, na sua origem, uma orientação individualista, fundada na perspectiva subjectiva/interna da percepção da realidade, no estudo empírico dos fenómenos sociais, por oposição às correntes “objectivistas” (empírico-positivistas) da psicologia behaviorista dos anos 1930-1960.

De facto, a substituição do estudo pearsoniano das “correlações entre testes” pelo estudo de “correlações entre pessoas” (Stephenson, 1935) está na origem, pelo menos tácita, da valorização das abordagens empíricas centradas na pessoa relativamente às

abordagens orientadas para o estudo de variáveis no estudo da interacção dos factores de risco e de protecção em relação às patologias mentais e às perturbações do comportamento de crianças, adolescentes e adultos, em particular entre os psicólogos e investigadores inscritos no modelo ecológico-transaccional da psicologia desenvolvimental (Cicchetti & Rogosch, 1999).

Contudo, o contributo mais interessante de Febbraro (1995) relativamente ao posicionamento epistemológico da metodologia Q, a partir da colocação originária como método de investigação da subjectividade individual na ciência behaviorista, é a hipótese segundo a qual esta metodologia poderá ser utilizada como instrumento retórico para “legitimar a ciência como meio de obter conhecimentos sistemáticos, objectivos, válidos, sobre o mundo”, pelo que, tem sido usada para uma variedade de agendas (científicas) em variadas circunstâncias” (Febbraro, 1995, p. 149).

101

Por estas razões, a metodologia Q é considerada por diferentes autores que contribuíram para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento (Brown, 1993, 1996; Stephenson, 1953; van Exel & Graaf, 2005) como particularmente apropriada à tradução empírica da diversidade de ideias, perspectivas, crenças e fenómenos de natureza subjectiva, que caracterizam o estudo dos estados mentais e das manifestações comportamentais dos sujeitos humanos.

De entre a grande diversidade de temas psicossociológicos que têm sido objecto de investigação utilizando a Metodologia Q, podem ser destacados: os estilos afectivos e cognitivos (Rayner & Warner, 2003; Samuels & Fetzner, 2008), os sistemas de crenças (Shinebourne & Adams, 2007), os comportamentos e as emoções (Watts & Stenner, 2005b; Whyte, Constantopoulos, & Bevans, 1982), o estudo da personalidade (Block, 1961), a avaliação sobre processos pedagógicos (Sheridan & Schuster, 2001) ou sobre processo e resultados terapêuticos (Ablon & Jones, 2002; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007), o estudo de representações (Snelling, 1999), percepções e atitudes (Lai et al., 2007; Santos & Schor, 2003).

A metodologia Q fornece, mais precisamente, uma base para o estudo de questões com características subjectivas, como os sistemas de crenças, valores e atitudes individuais (Brown, 1993; Mckeown & Thomas, 1988), expressas pelos pontos de vista e opiniões pessoais.

Em termos operacionais, os sujeitos são colocados perante um conjunto de afirmações, que constituem a amostra designada *Q-set* e que envolve uma selecção de itens (afirmações)

extraídos de um universo especializado de opiniões e posições possíveis relativamente à questão ou tema em estudo (Hurd & Bown, 2004-5). Os participantes, que, no seu conjunto, definem o *P-set*, deverão ordenar as afirmações de acordo com o seu ponto de vista. A ordenação obtida é, então, sujeita a análise factorial.

102 Stephenson (1935) chegou a apresentar a metodologia Q como uma inversão da análise factorial convencional, uma vez que Q correlaciona pessoas em vez de testes<sup>10</sup>. A correlação entre os perfis pessoais (Brown, 1993) indica, então, semelhantes pontos de vista. Ao correlacionar pessoas a análise do factor Q fornece semelhanças e/ou diferenças de visões sobre um assunto, e, deste modo, os factores resultantes representam *clusters*, mais operacionalizáveis, da subjectividade de temas como atitudes, valores, ou crenças (Brown, 2002).

Numa investigação que recorra a esta metodologia, sujeitos e variáveis são invertidos relativamente às metodologias convencionais (Webler, Danielson, & Tuler, 2009), dado que os “sujeitos” do estudo são as diferentes afirmações encontradas sobre o assunto em análise e as variáveis são as pessoas (participantes), ou, mais concretamente, as ordenações (*q-sorts*) por eles realizadas de acordo com a sua opinião ou entendimento. Para serem ordenadas, as afirmações compõem um todo e não partes separadas, reconhecendo-se neste procedimento que o método recorre também a referências da teoria *Gestalt* (Watts & Stenner, 2005a).

Uma premissa fundamental da metodologia Q, conforme já referido, é de que a subjectividade é comunicável (Stephenson, 1953, cit in Watts & Stenner, 2005a), e que pode, ser analisada de forma sistemática (Stephenson, 1963), como se de uma unidade comportamental determinada se tratasse. O conjunto de itens resultante da análise efectuada é, então, classificado de acordo com o esquema de referências de cada participante, o que maximiza a comunicação das perspectivas individuais (Bigras & Dessen, 2002). Deste modo, é o participante no estudo que decide sobre a importância de cada item, pela sua organização/ordenação no conjunto apresentado, sendo esta ordenação comparada com todas as outras. A metodologia Q fornece itens (afirmações) que podem ser ordenados e classificados em categorias, de acordo com o significado subjectivo dado por cada sujeito relativamente ao tema em questão. Em rigor, o que acontece é que esta ordenação e classificação em categorias permitem uma base para análise estatística de

---

10 De acordo com van Exel e Graaf (2005), Stephenson referia-se ao facto de, contrariamente ao modo convencional, no qual se passa um número reduzido de testes a um grande número de pessoas, na metodologia Q se passa a um número reduzido de pessoas um número elevado de itens/testes para responder.

dados, nomeadamente análise factorial que facilita a organização e a comunicação, da questão em estudo (Stephenson, 1953, cit in Watts & Stenner, 2005a).

Os resultados encontrados num estudo com a metodologia Q podem então ser usados para descrever uma “população de pontos de vista” e não uma “população de pessoas”<sup>11</sup> (Risdon, Eccleston, Crombez, & McCracken, 2003), pelo que, o método também não requer um grande número de sujeitos<sup>12</sup> (conforme exposto, um numero significativo de itens ou afirmações é apresentado a um número reduzido de participantes). O entendimento dos autores é que a informação se repete (Brown, 1996; van Exel & Graaf, 2005) após um certo número de sujeitos.

103

Dado que na metodologia Q se usa uma amostra pequena, os resultados obtidos têm sido por vezes criticados relativamente à sua validade empírica e, consequentemente, à possibilidade de generalização. No entanto, e de acordo com Brown (1980), em resposta a esta crítica, uma vez que não existem critérios externos para definir o ponto de vista pessoal esta questão não é aqui aplicável. Com efeito, ainda segundo o mesmo autor (Brown, 1980, 1996, 2009) existe um número limitado de perspectivas sobre cada tema. Deste modo uma amostra bem estruturada do ponto de vista da diversidade e abrangência do tema, recolhida de um leque de opiniões diversas mas especializadas, irá revelar essas perspectivas independentemente do tamanho da amostra. Os autores crêem que a partir de determinado número de afirmações (em regra algumas dezenas) as perspectivas se repetem não introduzindo novas ideias.

Por outro lado, Brouwer (1999) considera que o facto de as questões pertencentes a um mesmo domínio não serem analisadas de forma distinta dos itens, mas sim como um todo e em função da sua coerência mútua para o inquirido (teoria *Gestalt* subjacente) constitui uma das vantagens do método. Deste modo, é possível identificar perfis ou padrões partilhados por várias pessoas sem ser necessário recorrer a amostras numerosas.

Tendo em vista os inquéritos na população geral, a validade estatística não é a maior preocupação para esta metodologia, uma vez que os resultados de um estudo Q são as diferentes opiniões (subjectivas) sobre o tema que está a ser operacionalizado, e não a percentagem da população que adere a cada uma dessas opiniões.

Finalmente, dado que a metodologia Q integra procedimentos qualitativos e

---

11 Como os defensores desta metodologia gostam de referir em oposição à chamada “Metodologia R” (r de Pearson).

12 Apesar de não haver total consonância entre os diferentes autores, os estudos mais recentes (Webler et al., 2009) apontam para uma proporção de 1:3, ou seja um participante para cada três afirmações.

quantitativos, acaba por funcionar como uma ponte entre as metodologias tradicionais (Rhoads et al., 2004-5), muitas vezes consideradas antagónicas pelos investigadores mais cépticos. Ou seja, significa que as metodologias qualitativas e quantitativa, se podem ainda enriquecer e complementar mutuamente.

104 A título de exemplo, referir-nos-emos a um trabalho orientado para o estudo das atitudes dos terapeutas relativamente a pacientes sofrendo de perturbações ligadas ao abuso e dependência de drogas (Shinebourne & Adams, 2007). Neste estudo, os autores propuseram um duplo objectivo: 1) compreender as atitudes, crenças e experiências dos terapeutas no trabalho com pacientes com problemas de dependência; 2) explorar a adequação da metodologia Q para esta investigação e para a investigação qualitativa em psicoterapia. Partindo da experiência pessoal dos autores, da discussão com terapeutas experientes na área das dependências e da revisão da literatura, reuniram 60 afirmações que constituíram o Q-set. Os 13 clínicos participantes foram seleccionados de forma a representarem diferentes orientações teóricas. As afirmações foram colocadas em cartões numerados e apresentadas aos respondentes, tendo-lhes sido solicitado que colocassem os cartões em três grupos conforme tivessem uma posição concordante, discordante ou neutra em relação a cada afirmação. De seguida deveriam ordenar os cartões num continuum de “discordo” (- 6) a “concordo” (+6), idêntico aos das escalas tipo Likert (*q-sort*). Relativamente ao último grupo de questões os participantes foram, instruídos para seleccionar as afirmações com as quais concordavam mais, seguidas daquelas com que concordavam um pouco menos, e assim sucessivamente. O mesmo processo foi repetido com os outros grupos de cartões até todos estarem ordenados e ter sido registado o número de afirmações seriadas numa grelha previamente elaborada. Os participantes puderam ainda comentar as afirmações, ou responder a algumas questões complementares, que foram objecto de análise posterior.

Para identificar padrões de semelhança e divergência, foi utilizado o programa estatístico *Analysis Software for Q Technique (PCQ)* (Stricklin & Almeida, 2001), que permite correlacionar as ordenações de cada participante entre si. Após um conjunto de procedimentos estatísticos, foram identificados quatro factores: “aceitação”, “desafio”, “ambivalência” e “doença”. Estes factores foram descritos e interpretados com base na classificação atribuída a cada afirmação e na matriz factorial, em conjunto com os comentários dos respondentes.

Por fim, e relativamente aos objectivos do estudo, os autores apuraram que cada factor mostrou ser um construto multifacetado, não correspondendo a uma única teoria ou



orientação terapêutica. Concluíram, então, que os resultados sugeriam uma necessidade de os terapeutas reflectirem sobre as suas crenças relativamente à dependência, bem como à necessidade de supervisão. Apesar de se tratar de um estudo-piloto sobre a questão em causa, Shinebourne e Adams (2007) concluíram que o estudo mostra a capacidade da metodologia Q para identificar semelhanças e diversidades de pontos de vista que não correspondem a conceptualizações estabelecidas *a priori* e valorizaram a capacidade da metodologia Q para combinar investigação fenomenológica e técnicas estatísticas.

## Procedimentos da metodologia Q

105

A realização de um estudo com esta metodologia envolve, fundamentalmente, cinco passos<sup>13</sup> (Brown, 1980, 1993, 2009; Danielson, 2009a, 2009b; Webler et al., 2009):

- 1- Definição do *concourse* (curso da comunicação)
- 2- Desenvolvimento da amostra Q (*Q sample*)
- 3- Selecção do *P set*
- 4- *Q-sorting*
- 5- Análise e interpretação

### 1- Definição do *concourse*<sup>14</sup> (curso da comunicação)

*Concourse* diz respeito à confluência da comunicação em torno de um tema (o que, em termos de análise da comunicação verbal, é distinto da ordem do discurso). Trata-se da recolha de todas as afirmações que os participantes podem fazer sobre o tema em questão. Esta recolha deverá conter todos os aspectos relevantes de todos os “discursos” recolhidos, cabendo ao investigador constituir uma amostra representativa destas afirmações ou depoimentos (Brown, 1993). O *concourse* verbal ou escrito<sup>15</sup> pode ser obtido, entre outros procedimentos, através de entrevistas, observação participante, literatura científica ou documental. O material recolhido representa os pareceres e opiniões de profissionais, de investigadores ou de outros actores credíveis sobre o tema em apreço e constitui a matéria-prima para a metodologia Q (Brown, 1993).

13 Ou ainda, de forma reduzida, a três passos: primeiro é desenvolvido um conjunto de afirmações, de seguida é solicitado aos participantes para ordenem essas afirmações ao longo de um *continuum* de preferência, e por fim os dados são analisados e interpretados (Brown, 1993).

14 Palavra sem tradução correctamente aplicável neste contexto em português, mas que, na língua inglesa e dentro do âmbito da metodologia Q, é definida como “*the initial collection of statements regarding a particular topic of interest*” (idem).

15 Existem outras possibilidades como objectos, fotografias, mais úteis em estudos noutras áreas.

## 2- Desenvolvimento da amostra Q

Apartir do *concourse* é desenhado um conjunto inicial de afirmações que é apresentado aos participantes - a chamada amostra Q (*Q set* ou *Q sample*). A selecção desta amostra é de importância crucial, sendo tida como uma arte, mais do que uma ciência, de acordo com Brown (1980). O investigador usa uma determinada estrutura (ou construção) para seleccionar uma amostra representativa de todas as comunicações<sup>16</sup> (*concourse*). Esta estrutura pode emergir de uma análise mais aprofundada das declarações recolhidas, ou pode ser sujeita a uma determinada teoria.

106

Independentemente da estrutura usada, o investigador tem de seleccionar a amostra de forma suficientemente alargada, de modo a que esta seja representativa.

Especificando, e conforme já referido, as afirmações são inicialmente seleccionadas a partir de uma revisão da literatura sobre a questão em estudo, e entrevistas a um painel especialistas que opinam sobre o tema. Numa entrevista ou consulta de opinião o investigador pode partir de uma questão inicial. Por exemplo em estudos sobre a personalidade criativa ou sobre o significado de Ego (Block, 1961) poderá perguntar-se respectivamente “o que significa para si personalidade criativa?”; e “o que os psiquiatras e psicólogos entendem por força do ego?”. Desta fase exploratória, são recolhidas as afirmações mais representativas e que revelem a diversidade de opiniões, em regra de acordo com métodos de análise de conteúdo. Para melhor organização da informação recolhida, podem ainda ser constituídas categorias. Posteriormente é seleccionado um número de afirmações que representa cada uma das categorias. Por exemplo, no caso de oito categorias encontradas, poderão ser seleccionadas 4 ou 5 frases para representar cada categoria, o que perfaz um conjunto de 32 a 40 afirmações, e que constituem a *Q sample* (Webler et al., 2009).

Diferentes investigadores podem chegar a diferentes amostras Q partindo do mesmo conjunto inicial de afirmações. De acordo com alguns autores (Thomas & Baas, 1993) os estudos comparativos realizados e referidos na literatura (em número limitado) apontam no sentido de que diferentes amostras de afirmações, estruturadas de modos diferentes, convergem para as mesmas conclusões.

As afirmações podem inicialmente ser menos objectivas, o que faculta a possibilidade de diferentes interpretações por diferentes participantes, já que serão agrupadas e

---

<sup>16</sup> O número de itens da amostra é variável, no entanto o mais frequente é esta ser constituída por 40 a 50 afirmações, até por condicionamentos relativos ao uso dos programas informáticos de apoio (ex. FlashQ).

ordenadas posteriormente, o que permite construir uma definição mais rigorosa do conceito ou tema em causa.

Importa, contudo, que o material seleccionado no *concourse* seja representativo do assunto a estudar. Cada afirmação destina-se a ser interpretada no contexto de todas as outras, sendo as informações ordenadas no seu conjunto. Como uma referência indirecta à Psicologia *Gestalt*, aqui, importa a visão do todo, o todo ordenado e relacionado entre si não é o mesmo que a soma das partes ou afirmações. Não compete ao investigador preocupar-se com esta ordenação, pois ela é o objectivo do trabalho dos respondentes e foco do estudo.

107

Por último, as afirmações seleccionadas são escritas em cartões aos quais é atribuída uma numeração aleatória, a fim de serem ordenadas de acordo com a instrução dada numa fase posterior - o *q-sorting*.

### 3- Selecção do *P set*

O conjunto de pessoas ou participantes que vão ordenar as afirmações (fazer o *q-sort*) é designado por *P set*, sendo que a metodologia Q não exige um grande número de participantes (Brown, 1978, 1980). O que é exigido, outrossim, é que os sujeitos sejam em número suficiente para estabelecer a existência de um factor<sup>17</sup> que possa ser comparado com outros. Importa também que assegure a necessária abrangência, a fim de maximizar a confiança de que os principais factores da questão foram identificados. De acordo com alguns autores (Brouwer, 1999; Brown, 1993; Webler et al., 2009), o *P set* deve ser mais pequeno<sup>18</sup> do que o *Q set*.

Os participantes Q são seleccionados de forma a serem representativos de uma determinada população tendo em conta a questão em estudo. Por exemplo, se o objecto de estudo for as atitudes terapêuticas em diferentes abordagens teóricas, devem ser contactados terapeutas experientes nas abordagens em estudo, acreditados pelas respectivas entidades/sociedades científicas, e distribuídos por características como género, idade, ou anos de experiência (Block, 1961; Shinebourne & Adams, 2007; Watts & Stenner, 2005a). A selecção tem por objectivo garantir que os sujeitos informantes representem uma larga amplitude de opiniões, sempre no contexto da população-alvo do estudo, e não a distribuição de opiniões ou crenças na população em geral.

<sup>17</sup> Factor, refere-se a um o conjunto de participantes cujos *q-sort* foram semelhantes, ou seja, que classificaram as afirmações numa ordem semelhante de preferência, representando cada factor um tipo diferente de opinião.

<sup>18</sup> Conforme já referido, a regra geral (Webler et al., 2009) sugere uma proporção entre o *P set* o *Q set* de 1 participante para 3 afirmações.

Por isso, o *P set* não é aleatório, mas antes uma amostra estruturada de participantes teoricamente relevantes para a discussão do tema em questão, com opiniões claras e distintas (Brown, 1978).

#### 4- *Q-sorting*

108

De acordo com o procedimento geral (Brown, 1993), o *Q set* (ou *Q sample*) é apresentado aos participantes sob a forma de um conjunto de cartões numerados aleatoriamente, contendo cada um uma afirmação. Ao respondente é pedido para ordenar os cartões de acordo com uma regra, mais precisamente a condição de instrução (ou critério de instrução) que representa, normalmente, o ponto de vista/ opinião sobre o tema em causa. É ainda fornecida uma folha de pontuação, bem como a instrução para a distribuição da ordenação. A pontuação apresenta-se distribuída num *continuum* cujos extremos são as afirmações “concorda menos” e “concorda mais”.

O trabalho de campo tem uma sequência lógica que evolui do seguinte modo: a) primeiro é pedido ao participante que leia cuidadosamente todas as afirmações, de modo a ficar com uma ideia geral da variedade de opiniões sobre a questão em causa; b) depois, é instruído para que, à medida que for lendo, comece a elaborar uma primeira ordenação das afirmações segundo as três categorias (montes de cartões) seguintes: aquelas com que concorda genericamente, aquelas de que discorda e as afirmações relativamente às quais é neutro (fica indeciso ou que lhe suscitam dúvidas); c) o número de afirmações em cada categoria é anotado para verificar o equilíbrio entre concordância e discordância dentro do *Q set*; d) finalmente, o respondente é convidado a ordenar as afirmações de acordo com a “condição de instrução”, colocando-as na folha de pontuação fornecida.

As instruções metodológicas clássicas recomendam que a administração do *Q set* seja realizada com recurso à entrevista presencial. Todavia, alguns investigadores experimentados nesta metodologia (Van Tubergen & Olins, 1979), argumentam que os estudos *Q* podem, igualmente, ser efectuados por via postal, considerando até que, nestas circunstâncias, conseguem obter resultados mais congruentes do que aqueles que são obtidos através de entrevista presencial.

Mais recentemente, a possibilidade de utilização de recursos informáticos tem conduzido a que boa parte dos estudos sejam conduzidos *online*<sup>19</sup> (Santos & Amaral, 2004).

---

<sup>19</sup> Existe actualmente uma considerável variedade de *software*, quer para a apresentação/administração, quer para análise e interpretação de dados dos *q-sort* (Thomas & Watson, 2002; Weblar et al., 2009).

A este propósito, Reber, Kaufman e Cropp (2000), realizaram dois estudos de validação comparando *q-sorts* baseados em entrevistas presenciais e outros com recurso suporte informático específico para *q-sort (online)*, tendo concluído que não há diferença significativa entre estes dois métodos de administração no que respeita à validade e fiabilidade.

## 5- Análise e interpretação

A análise estatística tem por objecto os diferentes *q-sort*, os quais funcionam como variáveis qualitativas que representam as perspectivas individuais dos participantes no estudo. Assim, em primeiro lugar, é calculada a matriz de correlação de todos os *q-sort*, a fim de identificar as correlações entre as ordenações obtidas. Seguidamente, procede-se à análise factorial para encontrar o número de agrupamentos de *q-sort*, que correspondem aos factores. Procuram-se idênticas visões de um conceito ou variável (Bryman & Cramer, 1993), ou seja, grupos que partilham uma descrição similar dessas variáveis (Bigras & Dessen, 2002). O conjunto de factores encontrado é então rodado (p. ex., *varimax*) para obter o conjunto final de factores (Thomas & Watson, 2002). Cada factor final resultante representa um grupo de pontos de vista individuais com elevada correlação entre si e não correlacionados com os outros.

109

De seguida, e tendo em conta as directrizes mais frequentemente referidas na literatura (Brown, 1978, 1993; van Exel & Graaf, 2005), os autores sugerem o cálculo da pontuação dos factores e a diferença de pontuações, sendo que a afirmação que define o factor é aquela que tem a pontuação média ponderada normalizada (*Z-score*). Com base nas médias ponderadas podem ainda ser conhecidas as afirmações distintivas e as de consenso.

Se o(s) investigador(es) pretender(em) perceber de forma mais detalhada o modo como se distribuem os dados e a sua representatividade numa determinada população, poderão ainda recorrer à utilização combinada com outros instrumentos ou métodos (Danielson, 2009a)<sup>20</sup>.

## Conclusão

Conforme foi referido na introdução, entendemos justificar-se cada vez mais a utilização da Metodologia Q nas ciências sociais e humanas. O estudo dos comportamentos humanos, de atitudes, de valores, ou crenças, pela sua natureza variável e/ou subjectiva,

<sup>20</sup> Para mais informação consultar um estudo de Danielson (2009a) em que associa e compara uma análise da narrativa com o *q-sort*. Neste trabalho, o autor descreve diferentes técnicas para combinar o *q-sort* com outros métodos de pesquisa.

beneficia com a utilização de métodos de investigação capazes de classificar e ordenar esta informação de modo a clarificá-la.

110 A metodologia Q proporciona uma forma de integrar a metodologia qualitativa com a quantitativa, por vezes consideradas incompatíveis, ou, pelo menos, sem aparente união eficaz, mesmo em estudos multimétodo. Oferece uma possibilidade de complementaridade entre as duas metodologias. Parte de pressupostos e da lógica de investigação qualitativa e é associada a procedimentos de análise quantitativa de dados. Dispõe ferramentas informáticas próprias (para além das já existentes) quer de administração quer de análise de dados que facilitam a sua utilização, de forma exclusiva, ou em conjunto com outros métodos.

Entendemos, assim, que a metodologia Q é válida no campo das ciências sociais e do comportamento, já que é sensível à variabilidade e à subjectividade particulares dos fenómenos que são objecto de estudo empírico nestas áreas científicas. A metodologia Q permite, mais precisamente, que a estrutura destes fenómenos, por via de regra com características discursivas subjectivas, se torne observável pela operacionalização sistemática que decorre quer da sequência metodológica acima referida, quer da complementaridade de métodos qualitativos e de técnicas estatísticas na construção do conhecimento empírico sobre os fenómenos em estudo.

### 5.1.3. Estudo Delphi com *q-sort*

Através dos procedimentos da fase preliminar já anteriormente relatada, foi construído um conjunto de afirmações sobre o *setting* e relação terapêutica, que formaram um total de 30 itens. A fim de melhor organizar e selecionar os 30 itens para uma primeira versão do instrumento em construção (EST), optámos pela realização de um estudo com recurso à metodologia Q. Esta opção deveu-se ao facto de pretendermos uma ordenação dos parâmetros (itens) que consideramos essenciais começar a estudar, de acordo com a sua importância atribuída por um conjunto de especialistas. Por outro lado, foi também tido em consideração o facto de, em Portugal, termos tido a oportunidade de estabelecer uma parceria para utilização da ferramenta *Web* construída para este tipo de estudo - Delphi com *q-sort* (metodologia Q) instalada no Gávea<sup>21</sup> - Laboratório de Estudo e Desenvolvimento da Sociedade da Informação, Departamento de Sistemas de Informação da Universidade do Minho. Por último, esta metodologia foi também sugerida como a indicada para este trabalho, por investigadores presentes numa reunião científica internacional da *International Psychoanalytical Association*<sup>22</sup> aquando da apresentação e discussão de uma versão preliminar do projeto que serve de base à presente investigação.

111

Pelo facto de não possuímos experiência no que respeita à utilização de ferramentas com recurso à *World Wide Web*, vulgarmente conhecida por *Web*, para recolha de dados, realizamos uma consulta cuidada a especialistas na área, bem como a referências na literatura (Cicchetti & Rogosch, 1999; Mehta & Sivadas, 1995; Santos, 2004) e a outros estudos que utilizaram práticas idênticas. De entre as justificações e vantagens que nos foram sugeridas, bem como as referidas na literatura para utilização da recolha de dados através de ferramentas *online*, salientamos as seguintes:

- a) Constrangimentos de tempo - a recolha de dados com recurso a ferramentas *online* oferece maior rapidez na resposta de que os meios tradicionais. O tempo necessário para o tratamento dos dados é menor devido ao facto de os dados já estarem digitalizados na plataforma.
- b) Constrangimentos orçamentais - os estudos realizados *online* são mais económicos, por não envolverem os custos associados com a impressão, papel, envelopes, envio, RSF,

21 A ferramenta *online* Delphi com *q-sort* foi construída especificamente para este tipo de estudos e gentilmente cedida para efeitos de investigação pelo Professor Doutor Leonel Santos (à data, também coordenador da plataforma DeGóis da Fundação para a Ciência e a Tecnologia - FCT).

22 *International Psychoanalytical Association-Research Training Programme (IPA-RTP)* - University College London (UCL) 31st July - 8th August 2008.



etc. (apresentam custos associados ao suporte tecnológico que, no entanto, pode ser rentabilizado e reutilizado em vários estudos).

c) Qualidade da resposta - os estudos referem que a qualidade da resposta é mais elevada nos estudos baseados na *Web*. Este aspeto é muito importante no caso dos estudos com *q-sort*, uma vez que utilizando a *Web* se garante que os procedimentos associados a este método são cumpridos pelos membros do painel. A ferramenta está preparada de forma a garantir que todos os procedimentos sejam garantidos, caso contrário, o respondente não consegue avançar para os passos seguintes do questionário.

112

Com o *q-sort* pretende-se atribuir uma ordenação tendo em vista o todo de uma escala ou questionário, uma vez que o respondente tem que olhar para os itens como um todo e começar por dividi-los em três grupos: os mais importantes, os menos importantes e os de valor neutro, de acordo com uma distribuição quase normal pré-definida (na plataforma *online*). Posteriormente, o respondente terá que se concentrar sobre cada um destes grupos separadamente e escolher o item que considera mais ou menos importante conforme o grupo em causa. Desta forma, cada um produz uma lista ordenada pela ordem de importância, sem ambiguidades de classificação e sem itens repetidos na mesma posição. Ao responder a um estudo desta natureza, o inquirido tem a possibilidade de poder olhar para o conjunto de questões e ordená-las como um todo relacionado, e não isoladamente como acontece na maioria das escalas e questionários. Ao considerar cada item isoladamente, torna-se difícil ponderar a sua importância relativa de acordo com a escala na sua totalidade, tendendo a atribuir-lhe os valores extremos.

Apresentamos de seguida os procedimentos e conceitos que dizem respeito ao estudo Delphi com *q-sort*, e descrição do processo realizado.

### **Procedimentos do estudo *q-sort***

Conforme já referido, para operacionalizar a recolha de dados do estudo *q-sort* foi utilizada uma ferramenta informática designada por e-Delphi, sediada no Gavea - Departamento de Sistemas de Informação da Universidade do Minho (<http://www.dsi.uminho.pt/delphi>), para a qual tivemos autorização de utilização por parte do respetivo autor (Professor Doutor Leonel Santos) e do diretor do departamento (Professor Doutor Luís Amaral) à data do estudo.

A sua utilização foi de extrema importância no suporte ao *q-sort*, dado que as ferramentas *online* facilitam o processo e o acesso ao conjunto de respondentes em



relação ao sistema tradicional que utiliza cartões de resposta manual. Por outro lado, a ferramenta está desenhada de forma a garantir que os respondentes respeitem todos os procedimentos *q-sort* para uma aplicação correta da metodologia e, conseqüentemente, para o sucesso e rigor da recolha de dados.

A condução do estudo seguiu as melhores práticas deste tipo de estudos *online*, as quais consistem no envio de uma mensagem de correio eletrónico a um conjunto de peritos na área em estudo, convidando-os a visitar o endereço *Web* do Delphi com *q-sort* para preencherem o questionário (Cicchetti & Rogosch, 1999). As mensagens de correio eletrónico podem ter várias formas: podem ser enviadas individualmente para os potenciais membros do painel ou ser enviadas para o grupo através de listas de distribuição de correio eletrónico, grupos de discussão e fórum. A experiência dos especialistas (Santos, 2004) aponta no sentido de que para a obtenção de melhores taxas de resposta se devem enviar mensagens personalizadas, contendo toda a informação necessária para a resposta, nomeadamente o endereço *Web* do questionário e os dados de autenticação necessários para aceder ao questionário, quando existam.

113

Assim, primeiramente, foram contactados os especialistas e foram explicadas as motivações e objetivos da sua inclusão no painel de peritos do estudo em curso, convidando-os a fazerem parte deste mesmo painel. Acederam ao pedido, um conjunto de 30 psicoterapeutas, considerados peritos por terem sido referenciados pelas sociedades ou associações científicas a que pertencem, descritos mais adiante.

Após reunidas as condições para avançar, os 30 peritos foram contactados por *e-mail* com o seguinte texto que inclui a informação necessária para aceder à ferramenta e para responder:

Cara/o XXXXX,

Na sequência do contacto já efetuado vimos convidá-la/o a preencher um questionário que tem por finalidade ordenar um conjunto de itens pelo grau de importância no que diz respeito ao *setting* e à relação terapêutica. Aquilo que lhe é solicitado ao longo do questionário é que, em diferentes passos, ordene os vários itens de acordo com o seu entendimento sobre o grau de importância relativa de cada item em relação à seguinte questão:

Com base na sua prática clínica, o que considera mais, ou menos, importante a fim de manter o *setting* e a relação terapêutica com os seus pacientes (atitudes, comportamentos etc.)?

O modo de participação é simples, consistindo na resposta a um questionário via *Web*, composto por 30 itens. A estimativa do tempo que terá de despendar para responder ao questionário é de cerca de 20 minutos.

Todos os passos que terá de executar no decorrer do processo de resposta serão acompanhados pela abertura de uma janela de *pop-up* intitulada “Como

Preencher?”, contendo as instruções de preenchimento para esse passo. Para aceder a todas estas informações deverá autorizar as janelas pop-up para este site no seu computador.

Após ter terminado de responder e antes de o submeter tem a possibilidade de alterar as suas respostas, se assim o desejar.

Este processo resulta de uma parceria entre o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e o Departamento de Sistemas de Informação da Universidade do Minho pelo que, para dar início à sua participação deverá aceder a <http://www3.dsi.uminho.pt/gavea/delphi/> e fazer a sua autenticação no sistema, utilizando para tal os seguintes dados:

Utilizador: xxxxxx

Senha: xxxxxx

Irá entrar numa janela de abertura do estudo, e, na última coluna, deve clicar em “Responder” para dar início ao preenchimento do *q-sort*.

Agradecemos o cuidado colocado na sua colaboração, que constitui um contributo importante para o sucesso deste projeto de investigação

Com os melhores cumprimentos,  
(Assinatura da investigadora principal)

Os participantes acederam, assim, à plataforma e, por se tratar de uma ferramenta menos conhecida, entendemos justificar-se aqui uma descrição mais detalhada da sua visualização, passos e funcionalidades, tal como foi apresentado *online* para os respondentes. Estes, devem aceder à página de entrada através do endereço *Web* e, de seguida, proceder à autenticação com o nome de utilizador e senha disponibilizados para cada membro do painel de peritos, previamente enviados por *e-mail* (Figura 5.1).



Figura 5.1. Página de entrada da plataforma e-Delphi

Após a autenticação, o membro do painel é confrontado com uma lista de itens que deverá agrupar primeiramente em três grupos, tendo em conta o seu entender sobre o grau de importância para o tema em estudo. Na presente investigação, a lista foi constituída por 30 itens que são inicialmente visualizados na sua totalidade. Na Tabela 5.1, apresentamos a lista de itens e respetivos títulos, com a visualização exatamente igual à que se verifica na plataforma. Por questões de clareza e organização, a ferramenta obriga ainda que seja colocado um título (designado por *label* na plataforma); este título, em alguns passos facilita o acesso rápido ao tema do item.

115

A lista com os itens ordenados por ordem alfabética foi apresentada aos membros do painel conjuntamente com uma descrição para cada um deles, visando clarificar o seu significado. De forma pré-definida, a plataforma Delphi oferece a opção de distribuir inicialmente os itens por ordem alfabética ou por ordem aleatória. Relativamente à ordenação dos itens, as referências na literatura (Moreira, 2009) indicam que os resultados parecem não ser alterados pela escolha de uma ou outra alternativa. Deste modo, a nossa opção pela ordem alfabética deveu-se fundamentalmente ao facto de terem sido tidas em conta as sugestões de investigadores experientes na ferramenta *Web*, nomeadamente o seu autor (Professor Doutor Leonel Santos) e colaboradores da referida plataforma. Através da forma como é apresentada a lista de itens no monitor, os respondentes rapidamente reconhecem a ordenação por ordem alfabética afastando assim qualquer propósito subentendido na ordenação.

**Tabela 5.1** Itens utilizados no questionário *q-sort* disponibilizado na ferramenta *online* para os membros do painel de peritos

Nº	Título do Item/Label	Descrição
1	Alteração do horário das sessões	Altero o dia ou a hora das sessões sempre que eu tiver necessidade de fazê-lo.
2	Anotar e debater tarefas propostas entre as sessões	Anoto sempre tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte.
3	Atenção à comunicação não-verbal	Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão.
4	Comentário/resumo no final da sessão	Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer.
5	Conforto do paciente	Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão.
6	Considerar crenças e convicções espirituais do paciente	Levo em consideração as crenças e convicções espirituais do paciente para o processo terapêutico em curso.
7	Conter o agir manipulativo do paciente	Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência.
8	Conversar com familiares ou pessoas significativas	Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil.
9	Definir objetivos terapêuticos com o paciente	Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente.

10	Disponibilização ao paciente de informação sobre o modelo teórico	Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico.
11	Disponibilizar o contacto pessoal	Disponibilizo o contacto pessoal ao paciente, com indicação de que me pode telefonar sempre que necessite.
12	Elogios a respeito do terapeuta	Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente.
13	Escolhas do paciente relativamente à condução do processo	Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia.
14	Exclusividade em relação ao modelo teórico	Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico.
15	Exigências relativamente às regras do contrato terapêutico	Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões).
16	Exposição pessoal por parte do terapeuta	Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente.
17	Expressão dos sentimentos do terapeuta	Exprimo o que estou a sentir em relação às atitudes e sentimentos do paciente a meu respeito.
18	Manter a mente focada no que se passa na sessão	Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão.
19	Manter a organização e decoração do espaço físico	Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões.
20	Manter objetivos terapêuticos	Mantenho inalterados os objetivos definidos no contrato terapêutico seja qual for a evolução da terapia (ritmo, vicissitudes transferenciais, resistências).
21	Pagamento das sessões a que o paciente falta	Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta.
22	Participação em grupos de discussão ou supervisão clínica	Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes.
23	Prolongamento do tempo de duração da sessão	Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão.
24	Promover a proximidade física com o paciente	Promovo a proximidade física quando sinto que ajuda a conter sentimentos negativos ou facilita a expressividade emocional do paciente.
25	Reação às mudanças de humor e de comportamento do paciente	Tendo a reagir de um modo explícito às mudanças de humor e às alterações de comportamento do paciente.
26	Realização de terapia por parte do terapeuta	Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes.
27	Tolerância relativamente aos silêncios do paciente	Tolero os silêncios do paciente seja qual for o significado que lhes atribuo.
28	Tolerar queixas relativamente à ausência de melhorias	Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos).
29	Utilização do telefone durante a sessão por parte do terapeuta	Utilizo o telefone durante as sessões sempre que necessário e independentemente do momento da sessão.
30	Utilização livre do espaço físico por parte do paciente	Tolero que o paciente utilize livremente o espaço físico do consultório (i.e., que se levante e volte a sentar, caminhe pelo consultório).

Para este número de questões, cada membro do painel é instruído para que, à medida que for lendo, comece a elaborar uma primeira ordenação das afirmações em três grupos: um grupo constituído pelas 12 questões mais importantes, marcadas a verde, um grupo constituído pelas 12 questões menos importantes, marcadas a vermelho e um grupo constituído pelas 6 questões neutras, marcadas a cinzento (Figura 5.2).



117

**Figura 5.2.** Apresentação do Delphi com *q-sort*

A cada passo/etapa os participantes têm ao dispor uma janela com as respetivas instruções:

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para o preenchimento deste questionário. A finalidade do *q-sort* é fazer uma ordenação dos itens desde o mais importante até ao menos importante. Antes de selecionar, pedia-lhe que lesse todas as questões para se familiarizar com elas. Numa primeira seleção, irá escolher as questões que lhe são mais importantes, selecionando a cor verde. Em seguida, irá escolher as questões que considera menos importantes, selecionando a cor vermelha. A cor cinza representa as questões que são neutras, ambivalentes ou de importância regular.

Escolha o seguinte número de questões:

12 - Questões mais importantes (selecionar o verde)

12 - Questões menos importantes (selecionar o vermelho)

6 - Questões neutras (selecionar o cinza)

Aparecerá uma janela de aviso quando exceder o número de questões de cada tipo (questões mais importantes, menos importantes e neutras). Depois de ter preenchido, tem que clicar em “Confirmar - passo seguinte” para poder passar para a fase seguinte do questionário. A fase que se segue é referente ao preenchimento das questões, que vai aqui selecionar, na pirâmide invertida pela ordem que é pedida.

No final, poderá inserir, ou não, novas questões se o desejar. Depois destas fases, terá sempre a possibilidade de alterar o questionário as vezes que pretender até ao final do prazo de preenchimento. Para o caso de alguma dúvida ou sugestão, por favor contacte os autores do estudo.

Distribuídas as questões pelos três grupos referidos termina a primeira etapa e é permitido avançar para a segunda etapa onde as questões serão distribuídas pela pirâmide (a divisão das questões nos três grupos resulta da distribuição quase normal pré-definida na plataforma) de acordo com a sua importância, seguindo os passos revistos nos procedimentos *q-sort*.

## Passo 1

118

Na pirâmide que surge, já se encontra o quadrado preto indicando a posição onde será colocada a questão mais importante que se seleccionar (Figura 5.3.). Para isso, os peritos analisam as questões que foram escolhidas como sendo as mais importantes (verde) e escolhe-se aquela que é a mais importante de todas. Em cada momento o perito só dispõe da lista sobre a qual está a trabalhar. Ao clicar na questão escolhida, o seu número irá ocupar o quadrado marcado a preto. Caso exista na mesma coluna outro retângulo, esse será seleccionado como preto, e terá que se escolher uma nova questão, a mais importante das restantes. Quando a coluna fica completa, passa-se para as questões menos importantes, seguindo-se o passo 2.



Figura 5.3. Pirâmide de distribuição para os 30 itens

## Passo 2

Neste momento, o retângulo preto já está no lado esquerdo da pirâmide. A lista disponível para o perito, contém agora as questões menos importantes (vermelho), que escolheu no passo anterior, da qual deverá escolher, após análise cuidada, a menos



importante de todas. Caso a coluna tenha outro retângulo, esse será selecionado como preto, e terá que se escolher uma nova questão, a menos importante de todas as demais na lista das vermelhas. Caso o retângulo preto esteja posicionado do lado positivo, sinal que se completou a coluna relativa às menos importantes, irá avançar para o passo 3.

### Passo 3

O processo repete-se do lado das questões mais importantes, onde se deverá escolher o número de questões correspondente às posições dessa coluna, seguindo sempre a regra de escolha da mais importante das que restam na lista verde, avançando-se para o passo 4.

119

### Passo 4

O processo repete-se de novo do lado das questões menos importantes, de onde se deverá escolher o número de questões correspondente às posições dessa coluna, seguindo sempre a regra de escolha da menos importante das que restam na lista vermelha (Figura 5.4.).



Figura 5.4. Preenchimento da distribuição do *q-sort*

### Passo 5

O processo repete os passos 3 e 4 até esgotar as respetivas listas de questões, passando-se às questões neutras (cinzento) por ordem decrescente de importância (Figura 5.5.). Após o preenchimento completo da pirâmide termina o *q-sort* e, consequentemente, a respetiva ronda do *q-so*



Figura 5.5. Exemplo de uma distribuição para os 30 itens concluída

De mencionar que existe sempre a possibilidade dos membros do painel sugerirem novas questões, que considerem importantes e não viram refletidas nos itens do *q-sort*. Por fim, o respondente pode finalizar a sua participação sendo que toda a informação fica disponível para sua consulta ou posterior alteração das respostas, se assim o desejar (Figura 5.6).



Figura 5.6. Finalização do *q-sort*



Em média, os participantes demoraram 20 minutos a preencher o *q-sort*, que esteve disponível na plataforma da Gávea da Universidade do Minho por um período de duas semanas.

#### 5.1.4. Resultados do estudo Delphi com *q-sort*

Encerrado o *q-sort*, obteve-se a lista dos itens ordenada com base no grau de importância, segundo a opinião expressa pelos peritos que constituíram o painel. Os dados apurados com este estudo foram analisados e são descritos mais à frente. No entanto, como primeira informação, a plataforma disponibiliza automaticamente os primeiros dados e ordenações em tabelas geradas pela própria ferramenta (Tabela 5.2; Tabela 5.3; Tabela 5.4)<sup>23</sup>.

121

**Tabela 5.2.** Resultados da ronda do Delphi com *q-sort*

Resultados 1ª Ronda						
Posição	Somatório Pontos	Média	Variância	Desvio Padrão	Ordem Questão	Questão/Label
1	127	3,63	12,89	3,59	18	Manter a mente focada no que se passa na sessão
2	154	4,40	9,01	3,00	3	Atenção à comunicação não-verbal
3	255	7,29	21,97	4,69	22	Participação em grupos de discussão ou supervisão clínica
4	269	7,69	61,63	7,85	9	Definir objetivos terapêuticos com o paciente
5	354	10,11	41,05	6,41	13	Escolhas do paciente relativamente à condução do processo
6	373	10,66	42,00	6,48	6	Considerar crenças e convicções espirituais do paciente
7	382	10,91	46,02	6,78	26	Realização de terapia por parte do terapeuta
8	407	11,63	64,42	8,03	2	Anotar e debater tarefas propostas entre as sessões
9	420	12,00	52,76	7,26	15	Exigências relativamente às regras do contrato terapêutico
10	422	12,06	65,64	8,10	10	Disponibilização ao paciente de informação sobre o modelo teórico
11	429	12,26	26,14	5,11	28	Tolerar queixas relativamente à ausência de melhorias
12	443	12,66	24,11	4,91	27	Tolerância relativamente aos silêncios do paciente
13	452	12,91	19,02	4,36	5	Conforto do paciente
14	466	13,31	66,34	8,14	4	Comentário/resumo no final da sessão
15	513	14,66	37,06	6,09	8	Conversar com familiares ou pessoas significativas

<sup>23</sup> As tabelas, são aqui apresentadas com a aparência igual à que é disponibilizada pela plataforma para o investigador ter informação à medida que vai decorrendo o estudo.

16	542	15,49	50,08	7,08	20	Manter objetivos terapêuticos
17	581	16,60	74,78	8,65	7	Conter o agir manipulativo do paciente
18	614	17,54	38,73	6,22	25	Reação às mudanças de humor e de comportamento do paciente
19	616	17,60	43,72	6,61	14	Exclusividade em relação ao modelo teórico
20	644	18,40	58,89	7,67	23	Prolongamento do tempo de duração da sessão
21	696	19,89	53,40	7,31	19	Manter a organização e decoração do espaço físico
22	705	20,14	29,13	5,40	11	Disponibilizar o contacto pessoal
23	723	20,66	49,11	7,01	17	Expressão dos sentimentos do terapeuta
24	727	20,77	43,42	6,59	21	Pagamento das sessões a que o paciente falta
25	734	20,97	32,15	5,67	16	Exposição pessoal por parte do terapeuta
26	754	21,54	50,49	7,11	1	Alteração do horário das sessões
27	792	22,63	35,95	6,00	24	Promover a proximidade física com o paciente
28	836	23,89	26,46	5,14	30	Utilização livre do espaço físico por parte do paciente
29	903	25,80	15,58	3,95	29	Utilização do telefone durante a sessão por parte do terapeuta
30	942	26,91	16,73	4,09	12	Elogios a respeito do terapeuta

Na Tabela 5.2, verificamos pelo *Label* que o conjunto de respondentes colocaram em primeiro lugar de importância o item “Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão”, seguido de “Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão” e “Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes”. Estes itens, correspondem a médias inferiores pois a o valor assumido para a média corresponde à posição de ordenação. Deste modo, ao item que é colocado em primeiro lugar é atribuído o valor 1, ao item que é colocado em 2º lugar é atribuído o valor 2, e assim sucessivamente, razão pela qual, os itens mais valorizados na ordenação são os que têm valores de média mais baixos.

**Tabela 5.3.** Distribuição das respostas da ronda Delphi com *q-sort*

Ordem	Questão/Label	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	Alteração do horário das sessões	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	-	2	6	-	2	4
2	Anotar e debater tarefas propostas entre as sessões	1	4	4	-	2	1	1	2	1	-	2	-	4	2	1	1	1	-	1	-	-	-	2	2	3	-	-	-	-	-
3	Atenção à comunicação não-verbal	6	6	5	4	3	2	3	2	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Comentário/resumo no final da sessão	-	1	2	5	-	1	1	1	3	1	3	1	-	1	2	1	-	-	3	-	1	4	1	-	-	-	-	2	-	1
5	Conforto do paciente	-	1	-	-	-	-	1	6	-	2	3	1	5	5	3	1	2	-	2	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Considerar crenças e convicções espirituais do paciente	1	-	2	4	2	1	1	2	5	3	1	-	3	1	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
7	Conter o agir manipulativo do paciente	-	3	1	1	-	-	2	2	1	2	-	-	-	1	2	-	1	1	-	3	1	2	2	1	2	4	3	-	-	-
8	Conversar com familiares ou pessoas significativas	-	-	1	-	-	1	2	-	2	4	3	3	1	2	1	2	1	-	5	2	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1
9	Definir objetivos terapêuticos com o paciente	6	3	2	3	6	3	2	2	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1
10	Disponibilização ao paciente de informação sobre o modelo teórico	-	4	1	-	3	2	1	4	1	4	1	1	-	3	1	-	-	1	-	-	1	2	-	-	2	1	-	1	1	-
11	Disponibilizar o contacto pessoal	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	1	2	3	1	2	2	1	2	2	2	1	2	4	3	4	-	-	-
12	Elogios a respeito do terapeuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	-	1	-	-	1	1	1	6	9	10
13	Escolhas do paciente relativamente à condução do processo	-	-	1	3	2	7	6	-	4	1	-	1	3	1	-	-	1	-	-	1	-	-	2	1	-	-	1	-	-	-
14	Exclusividade em relação ao modelo teórico	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1	4	-	3	1	-	4	2	3	-	2	1	2	-	2	2	-	3	2	-	-
15	Exigências relativamente às regras do contrato terapêutico	2	1	2	3	2	1	1	1	-	1	-	2	2	2	5	2	2	-	1	-	1	2	-	-	-	1	-	1	-	-
16	Exposição pessoal por parte do terapeuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	1	1	1	2	2	3	2	3	2	3	1	2	1	-	2	4	1
17	Expressão dos sentimentos do terapeuta	-	-	1	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	3	2	1	1	2	2	4	4	3	1	-	4	-	2
18	Manter a mente focada no que se passa na sessão	11	7	6	2	3	-	3	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Manter a organização e decoração do espaço físico	-	-	1	-	1	-	1	1	-	1	1	1	1	1	-	2	1	1	-	-	2	-	5	4	3	2	3	2	1	-
20	Manter objetivos terapêuticos	2	-	1	-	-	1	-	1	2	1	1	2	2	2	-	-	7	3	2	2	-	1	2	-	-	-	-	1	1	1
21	Pagamento das sessões a que o paciente falta	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	-	1	2	6	1	1	2	1	2	3	2	2	-	3	2	2

22	Participação em grupos de discussão ou supervisão clínica	3	2	3	3	5	3	2	1	2	2	1	1	4	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-		
23	Prolongamento do tempo de duração da sessão	-	-	-	1	1	1	1	1	4	-	1	-	-	1	-	2	-	-	1	3	2	2	3	2	2	3	1	3	-	
24	Promover a proximidade física com o paciente	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	-	1	3	2	1	1	1	1	1	3	3	4	1	2	4	3
25	Reação às mudanças de humor e de comportamento do paciente	-	-	-	-	2	1	-	-	1	-	1	-	-	2	3	6	1	2	-	1	5	3	1	1	-	2	-	-	2	-
26	Realização de terapia por parte do terapeuta	2	1	2	2	2	2	2	2	1	-	2	1	2	1	1	-	1	1	5	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	Tolerância relativamente aos silêncios do paciente	-	-	-	1	-	3	2	2	1	2	3	5	2	1	4	3	-	1	1	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-
28	Tolerar queixas relativamente à ausência de melhorias	-	-	-	-	1	4	1	3	-	4	4	7	1	2	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-
29	Utilização do telefone durante a sessão por parte do terapeuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	1	1	1	3	2	3	5	4	5	5	
30	Utilização livre do espaço físico por parte do paciente	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2	2	1	2	4	-	4	3	4	2	4	3

A Tabela 5.3 apresenta um resumo da distribuição das respostas para uma primeira impressão geral. Deste modo, percebemos, por exemplo, que no item com o *Label* “Alteração do horário das sessões”, colocado em primeiro lugar na ordem alfabética inicial disponibilizada aos respondentes, houve um elemento que o colocou em 1º lugar da ordenação, outro que o colocou em 8º lugar, outro em 9º, outro em 10º, e, se avançarmos na mesma linha, percebemos que dois elementos o colocaram em 29º lugar e quatro elementos em 30º lugar. Podemos prosseguir com a leitura e perceber quantos respondentes colocaram cada item em determinada posição da ordenação.

Tabela 5.4. Respostas ao *q-sort* por perito

Ordem inicial dos itens																														
Peritos*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Perito 1e	21	15	2	19	20	4	24	16	3	8	22	29	5	13	14	23	28	7	25	17	26	1	9	12	18	6	11	10	30	27
Perito 2c	18	1	8	3	11	4	25	12	5	6	14	30	7	10	15	29	24	2	27	9	17	13	20	28	26	19	21	16	22	23
Perito 3e	27	13	5	9	17	3	15	10	1	2	18	30	4	21	16	12	19	14	26	20	29	6	11	24	23	7	8	22	28	25
Perito 4c	24	3	7	4	8	16	18	10	2	5	26	25	13	27	22	21	15	1	28	19	30	6	20	9	14	17	11	12	29	2
Perito 5c	24	3	2	9	8	13	22	10	4	5	21	30	6	17	15	20	18	1	23	14	28	7	25	26	16	19	12	11	27	29
Perito 6e	16	14	1	21	13	4	27	19	5	8	22	30	6	20	26	12	25	3	29	17	28	2	9	18	15	7	11	10	24	23
Perito 7e	24	8	2	22	13	10	26	19	1	7	20	29	6	16	21	14	23	3	27	18	25	5	9	17	15	4	12	11	28	30
Perito 8e	21	6	5	15	22	7	25	3	2	26	27	28	9	24	16	18	17	1	8	11	10	13	23	30	29	20	4	14	19	12
Perito 9p	8	17	7	22	15	3	2	24	16	18	25	26	27	28	1	29	30	4	14	6	9	13	23	21	5	11	10	12	20	19
Perito 10p	30	24	4	23	14	18	7	12	9	15	17	19	13	16	2	26	3	5	11	28	20	10	21	29	22	1	6	8	27	25
Perito 11c	18	7	6	11	2	9	8	16	13	3	25	22	14	17	4	29	30	10	5	19	21	1	23	24	20	12	15	26	28	27
Perito 12c	29	5	4	3	17	13	22	10	6	8	20	30	9	11	7	19	18	2	23	1	24	14	25	26	21	15	16	12	27	28
Perito 13e	26	9	1	19	14	10	27	20	7	2	13	30	3	25	17	21	28	5	24	18	29	4	6	16	15	8	12	11	23	22
Perito 14c	27	2	3	9	8	11	17	19	5	10	18	29	6	16	15	23	22	1	28	20	26	4	21	24	14	13	12	7	30	25
Perito 15c	15	8	4	10	19	16	9	11	1	25	17	29	23	28	13	18	21	2	24	12	22	5	27	26	6	3	7	14	30	20
Perito 16p	22	19	7	16	20	17	8	21	1	28	12	29	9	18	4	10	23	2	24	13	11	3	26	30	5	14	15	6	27	25
Perito 17e	9	2	11	4	7	5	10	6	30	12	27	28	20	22	8	17	24	1	23	29	19	3	14	26	21	13	16	15	25	18
Perito 18c	18	2	3	4	8	5	14	9	6	10	25	29	7	11	13	15	28	1	27	23	24	20	16	12	17	19	22	21	26	30
Perito 19c	27	3	2	4	14	8	26	9	5	6	15	30	7	11	12	25	23	1	16	17	18	10	28	22	21	20	19	13	24	29
Perito 20e	27	13	1	11	10	9	20	12	4	5	16	29	6	14	28	17	21	2	26	18	23	3	7	25	24	8	15	19	30	22
Perito 21e	27	13	1	14	11	9	26	20	7	2	15	28	10	25	19	16	22	3	23	17	24	4	5	18	21	6	12	8	29	30
Perito 22p	23	24	2	22	19	18	3	17	20	14	21	28	7	6	4	25	15	1	13	8	12	9	26	30	16	5	10	11	29	27
Perito 23e	29	11	1	15	10	4	23	19	5	2	14	30	6	27	22	24	28	3	25	17	18	7	8	20	16	9	13	12	26	21
Perito 24e	18	16	6	11	13	14	20	19	8	9	27	29	7	24	12	23	25	3	21	1	28	5	4	17	22	2	15	10	30	26
Perito 25p	20	14	8	12	15	1	2	11	3	21	24	30	4	22	5	29	23	16	17	10	18	13	28	27	9	19	7	6	25	26
Perito 26p	1	25	5	30	13	6	2	14	24	29	15	28	23	27	3	10	4	7	16	17	18	8	9	11	22	21	26	20	12	19
Perito 27c	27	2	3	7	8	9	26	14	4	10	19	30	6	11	15	21	20	1	24	17	23	5	22	25	16	18	13	12	28	29
Perito 28c	30	3	1	4	8	9	27	7	6	10	26	29	5	13	15	28	17	2	23	22	18	11	24	25	16	19	14	12	21	20
Perito 29p	26	23	11	28	16	15	10	21	27	14	25	18	12	13	1	22	17	7	3	30	2	5	24	19	29	4	6	8	20	9
Perito 30p	19	25	10	28	13	15	20	11	22	14	12	17	9	4	5	30	24	3	7	23	18	2	16	29	21	1	8	6	27	26

\* e = perito EMDR; c = perito TCC; p = perito Psicanálise

Através da Tabela 5.4, podemos ter uma perceção geral da ordenação efetuada por cada perito. Estas ordenações, são as que mais nos interessam para a seleção dos itens para a escala, pelo que, os seus resultados serão melhor explicitados mais adiante neste capítulo.

A ferramenta utilizada permitia ainda solicitar sugestões aos membros do painel no que respeita a outros itens por nós não considerados ou, ainda, críticas aos itens apresentados no campo “Finalização do *q-sort*”. Contudo, não foram assinalados quaisquer comentários por parte dos peritos neste processo.

126

### Painel de peritos

Quanto aos 30 psicoterapeutas que constituíram o painel de peritos verificamos o mesmo número para os sujeitos que adotam a abordagem *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ( $n = 11$ ; 36.7%) e os restantes 8 a Psicanálise (26.7%). A maioria dos respondentes é do género feminino ( $n = 22$ ; 73.3%), e 8 do género masculino (26.7%) (Tabela 5.5).

**Tabela 5.5.** Tabela de frequências das variáveis modelo, profissão e género

Modelo	N	%
TCC	11	36,7
EMDR	11	36,7
Psicanálise	8	26,7
Total	30	
Profissão: psicólogo = 25 (83.3%); psiquiatra = 5 (16.7%)		
Género: masculino = 8 (26.7%); feminino = 22 (73.3%)		

Quanto à profissão, dos 30 peritos inquiridos, 25 (83.3%) são psicólogos e os restantes 5 (16.7%) são psiquiatras. Fazendo o cruzamento destas duas variáveis, de entre os psicólogos, 10 (33.3%) usam o modelo EMDR, 10 (33.3%) a TCC e 5 (16.7%) a psicanálise. De entre os 5 psiquiatras, 1 (3.3%) adota o EMDR, 1 (3.3%) adota a TCC e os restantes 3 (10.0%) a Psicanálise.

Quanto à idade dos respondentes, esta varia entre os 29 e os 63 anos, apresentando uma média de 45.13 anos e um desvio padrão de 8 55 anos. A idade mais frequente é a dos 50 anos, com 4 respostas (13.3%).

Relativamente ao número de anos de experiência clínica, esta varia entre os 5 e os

29 anos, apresentando uma média de 17.67 anos e um desvio padrão de 6.99 anos. A maioria dos sujeitos possui uma experiência clínica entre 10 e 25 anos ( $n = 20$ ; 66.6%), sendo menos representado o intervalo dos 5 aos 10 anos com 3 respostas (10%). Dos 30 peritos inquiridos, 27 (90%) tem mais de 10 anos de experiência clínica.

### Estudo dos itens

Relativamente ao estudo dos itens, apresentamos na Tabela 5.6, a média e desvio padrão, assim como o valor mínimo e máximo obtido por item.

127

**Tabela 5.6.** Estatística descritiva dos itens

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
1. Altero o dia ou a hora das sessões sempre que eu tiver necessidade de fazê-lo	21.70	6.91	1	30
2. Anoto sempre tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte	11.00	7.93	1	25
3. Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão	4.43	3.08	1	11
4. Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que consegui fazer	13.63	8.17	3	30
5. Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão	12.87	4.68	2	22
6. Levo em consideração as crenças e convicções espirituais do paciente para o processo terapêutico em curso	9.50	5.03	1	18
7. Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência	17.03	8.76	2	27
8. Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil	14.03	5.25	3	24
9. Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente	8.40	8.20	1	30
10. Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico	11.13	7.93	2	29
11. Disponibilizo o contacto pessoal ao paciente, com indicação de que me pode telefonar sempre que necessite	19.93	4.96	12	27
12. Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente	27.60	3.69	17	30
13. Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia	9.63	6.14	3	27
14. Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico	17.90	6.86	4	28
15. Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)	12.33	7.52	1	28
16. Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente	20.87	5.97	10	30
17. Exprimo o que estou a sentir em relação às atitudes e sentimentos do paciente a meu respeito	21.17	6.41	3	30
18. Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão	3.80	3.80	1	16
19. Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões	20.33	7.47	3	29

128

20. Mantenho inalterados os objetivos definidos no contrato terapêutico seja qual for a evolução da terapia (ritmo, vicissitudes transferenciais, resistências)	16.37	7.09	1	30
21. Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta	20.60	6.76	2	30
22. Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes	7.07	4.62	1	20
23. Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão	17.63	7.92	4	28
24. Promovo a proximidade física quando sinto que ajuda a conter sentimentos negativos ou facilita a expressividade emocional do paciente	22.20	6.09	9	30
25. Tendo a reagir de um modo explícito às mudanças de humor e às alterações de comportamento do paciente	17.83	6.18	5	29
26. Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes	11.33	6.65	1	21
27. Tolero os silêncios do paciente seja qual for o significado que lhes atribuo	12.63	4.97	4	26
28. Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)	12.50	4.96	6	26
29. Utilizo o telefone durante as sessões sempre que necessário e independentemente do momento da sessão	25.70	4.16	12	30
30. Tolero que o paciente utilize livremente o espaço físico do consultório (i.e., que se levante e volte a sentar, caminhe pelo consultório)	23.83	5.08	9	30

Nota: de acordo com a cotação dos itens realizada pela ferramenta, quanto menor o valor da média, maior a importância dada, uma vez que se trata de uma ordenação dos itens pela importância atribuída. Assim, ao item que é colocado em primeiro lugar é atribuído o valor 1, ao item que é colocado em 2º lugar é atribuído o valor 2, e assim sucessivamente.

No final de todas as respostas (*q-sort*), a ordenação final atribuída pelo painel de peritos ficou organizada como apresentado na Tabela 5.7.

**Tabela 5.7.** Ordenação final dos itens atribuída pelo painel de peritos

Ordem final	Ordem inicial	Descrição
1	18	Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão
2	3	Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão
3	22	Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes
4	9	Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente.
5	6	Levo em consideração as crenças e convicções espirituais do paciente para o processo terapêutico em curso
6	13	Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia.
7	2	Anoto sempre tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte
8	10	Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico
9	26	Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes
10	15	Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)
11	28	Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)



12	27	Tolero os silêncios do paciente seja qual for o significado que lhes atribuo
13	5	Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão
14	8	Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil
15	4	Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer
16	20	Mantenho inalterados os objetivos definidos no contrato terapêutico seja qual for a evolução da terapia (ritmo, vicissitudes transferenciais, resistências)
17	7	Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência
18	23	Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão
19	25	Tendo a reagir de um modo explícito às mudanças de humor e às alterações de comportamento do paciente
20	14	Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico
21	11	Disponibilizo o contacto pessoal ao paciente, com indicação de que me pode telefonar sempre que necessite
22	19	Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões
23	21	Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta
24	16	Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente
25	17	Exprimo o que estou a sentir em relação às atitudes e sentimentos do paciente a meu respeito
26	1	Altero o dia ou a hora das sessões sempre que eu tiver necessidade de fazê-lo
27	24	Promovo a proximidade física quando sinto que ajuda a conter sentimentos negativos ou facilita a expressividade emocional do paciente
28	30	Tolero que o paciente utilize livremente o espaço físico do consultório (i.e., que se levante e volte a sentar, caminhe pelo consultório)
29	29	Utilizo o telefone durante as sessões sempre que necessário e independentemente do momento da sessão
30	12	Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente

Obtida a ordenação, interessava seleccionar os itens para a primeira versão da EST. A metodologia Q admite algumas estratégias, entre as quais estabelecer um número de itens adequado para a escala e eliminar os restantes de acordo com a ordenação. No entanto, entendemos que esta medida não satisfazia o nosso objetivo, já que se trata de uma primeira escala sobre a avaliação do manejo do *setting*, não especificada para contextos restritos. Pretendíamos construir uma escala que servisse uma franja alargada de modelos teóricos e, para tal, seria necessário encontrar um conjunto de itens que também diferenciasssem alguns aspetos inerentes aos diferentes modelos.

Deste modo, a fim de seleccionar os itens para a EST foi necessário perceber as diferenças entre os grupos de terapeutas, no sentido de escolher itens que abrangessem todos os grupos, mas também os diferenciasssem.

Assim, para avaliar se existiam diferenças significativas nas ordenações dos itens entre os grupos de psicoterapeutas inquiridos foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney agrupando 2 a 2 as combinações possíveis dos três grupos. O teste não paramétrico de Mann-Whitney é considerado adequado (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2005), uma vez que se trata de comparar as funções de distribuição de variáveis ordinais com um número reduzido para a amostra de cada grupo independente (EMDR = 11; TCC = 11; Psicanálise = 8). Nas Tabelas 5.8, 5.9 e 5.10, apresentamos as comparações com os sujeitos agrupados dois a dois: EMDR vs TCC, EMDR vs Psicanálise, TCC vs Psicanálise. São apresentados os itens em que as diferenças de média obtida são estatisticamente significativas.

**Tabela 5.8.** Teste de Mann-Whitney - EMDR vs TCC

Item	<i>M*</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	EMDR	TCC		
2	10.91	4.45	11.000	.001
4	14.55	7.64	11.000	.001
14	21.00	15.64	30.500	.048
15	18.09	13.27	29.000	.037
16	17.91	22.55	29.000	.041
18	4.09	2.18	26.000	.019
23	9.55	22.82	5.000	.001
26	8.18	15.82	21.000	.009

\* Média das ordens

**Tabela 5.9.** Teste de Mann-Whitney - EMDR vs Psicanálise

Item	<i>M*</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	EMDR	Psicanálise		
2	10.91	20.13	2.500	.001
3	3.27	6.75	16.500	.021
4	14.55	22.63	12.000	.008
7	22.09	6.75	3.500	.001
10	7.55	19.13	6.000	.002
12	29.09	24.39	17.000	.022
13	7.45	13.00	20.000	.046
15	18.09	3.13	.001	.001
19	23.36	13.13	9.500	.004
21	23.55	13.50	9.500	.004
23	9.55	21.63	7.000	.002

\* Média das ordens

**Tabela 5.10.** Teste de Mann-Whitney TCC vs psicanálise

Item	<i>M*</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	TCC	Psicanálise		
2	4.45	20.13	.001	.001
3	3.91	6.75	19.500	.042
4	7.64	22.63	.001	.001
5	10.91	15.63	15.000	.015
7	19.45	6.75	7.500	.003
8	11.55	16.38	16.000	.020
10	8.91	19.13	6.000	.002
12	28.45	24.38	18.500	.031
15	13.27	3.13	3.000	.001
18	2.18	5.63	16.000	.017
19	22.55	13.13	13.500	.011
21	22.82	13.50	9.000	.004
28	14.18	9.63	16.500	.022

\* Média das ordens

131

De acordo com os valores encontrados e o nível de significância assumido ( $p < .05$ ) seriam retidos 18 dos 30 itens iniciais (Tabela 5.11) e eliminados 12 itens (Tabela 5.12).

**Tabela 5.11.** Itens a reter após teste de Mann-Whitney

Nº item	Descrição
2	Anoto sempre tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte
3	Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão
4	Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer
5	Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão
7	Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência
8	Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil
10	Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico
12	Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente
13	Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia
14	Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico
15	Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)
16	Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente

18	Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão
19	Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões
21	Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta
23	Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão
26	Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes
28	Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)

132

**Tabela 5.12.** Itens a eliminar após teste de Mann Whitney.

Nº item	Descrição
1	Altero o dia ou a hora das sessões sempre que eu tiver necessidade de fazê-lo
6	Levo em consideração as crenças e convicções espirituais do paciente para o processo terapêutico em curso
9	Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente
11	Disponibilizo o contacto pessoal ao paciente, com indicação de que me pode telefonar sempre que necessite
17	Exprimo o que estou a sentir em relação às atitudes e sentimentos do paciente a meu respeito
20	Mantenho inalterados os objetivos definidos no contrato terapêutico seja qual for a evolução da terapia (ritmo, vicissitudes transferenciais, resistências)
22	Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes
24	Promovo a proximidade física quando sinto que ajuda a conter sentimentos negativos ou facilita a expressividade emocional do paciente
25	Tendo a reagir de um modo explícito às mudanças de humor e às alterações de comportamento do paciente
27	Tolero os silêncios do paciente seja qual for o significado que lhes atribuo
29	Utilizo o telefone durante as sessões sempre que necessário e independentemente do momento da sessão
30	Tolero que o paciente utilize livremente o espaço físico do consultório (i.e., que se levante e volte a sentar, caminhe pelo consultório)

Como vimos, seriam mantidos 18 dos 30 itens construídos para esta fase do estudo. Contudo, após reflexão sobre os resultados, no que respeita à seleção dos itens para a EST, verificámos que os itens 9 (“Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente”) e o 22 (“Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes”), apesar de não apresentarem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, representam escolhas muito valorizadas pelos inquiridos no que respeita à questão colocada sobre a manutenção do *setting* e relação terapêutica (em 4º e 3º lugar, respetivamente, na

ordenação final). De notar ainda que estes itens, em particular o 22 apresenta grande relevância clínica e é referenciado como um fator importante pelos diferentes modelos teóricos na literatura. Deste modo, entendemos que se justifica manter os itens 9 e 22 nesta fase de construção da primeira versão da EST.

### 5.1.5. Escala de *Setting* Terapêutico (EST)

Conforme já referido, um dos principais objetivos do presente trabalho foi a construção de um instrumento original de autorresposta para avaliação do *setting* por parte dos psicoterapeutas. Após as tarefas de elaboração dos itens, nomeadamente quanto à sua compreensibilidade, sintaxe e interesse, passámos à seleção dos itens conforme descrito, para construção da versão preliminar da EST.

133

Quanto ao tipo de escala, após revisão da literatura no que respeita ao estudo e construção de instrumentos, e atendendo aos diferentes tipos de instrumentos potencialmente apropriados para os nossos objetivos, optamos por uma escala de acordo com o sistema designado “escala de Likert” (Likert, 1932). É a escala mais utilizada em psicologia e em avaliação de atitudes e, portanto, também mais estudada (Ribeiro, 1999). Assim, face a um conjunto de afirmações (itens) os respondentes devem indicar o seu grau de concordância numa escala de intensidade.

Relativamente às possibilidades de resposta, decidimos optar por um número ímpar de alternativas de resposta, obedecendo a uma escala de cinco pontos, dispostos da seguinte forma: 1 = “Discordo totalmente”; 2 = “Discordo”; 3 = “Não concordo nem discordo”, 4 = “Concordo”; 5 = “Concordo totalmente”. Esta opção pelo número ímpar de alternativas de resposta está de acordo com a maioria dos autores que consideram importante haver uma opção de neutralidade, não forçando a concordância/discordância como uma das opções de resposta. Em relação à opção por cinco alternativas de resposta, para além de ser a mais indicada pelo próprio Likert (Moreira, 2009), a maioria dos autores considera que se for um número superior o sujeito poderá ter dificuldade na discriminação da sua opinião/atitude; pelo contrário, se o número de opções de resposta for inferior pode perder-se informação relevante para o estudo, uma vez que as opções de resposta ficam pouco diferenciadas (Gravetter & Forzano, 2003; Ramos, 2011/12). Também Lissitz e Green (1975) concluíram que a precisão e qualidade dos resultados aumentam quando a escala é aumentada até 5 pontos, sendo que, a partir daí os ganhos são insignificantes.

Com o intuito de evitarmos “contaminação” de respostas óptimas, nesta fase, por proceder à aleatorização dos itens através sistema do saco, onde são colocados os números inicialmente atribuídos aos itens, sendo depois “sorteada” a sua ordem.

134 No que diz respeito às instruções a constar no início da escala, consideramos pertinentes as indicações de autores experientes (Hill & Hill, 2005; Moreira, 2009) que sugerem que estas devem ser breves e incidir sobre aspetos concretos do preenchimento. Deste modo, e seguindo as indicações de Moreira (2009), foi incluída informação sobre: a) o que se pretende avaliar com a escala; b) enquadramento temporal ou contextual da informação pretendida. Por outro lado, sendo uma escala para ser administrada a psicoterapeutas, entendemos ser uma população já com conhecimentos sobre este tipo de instrumentos na sua prática profissional, o que obvia a sua compreensão.

De referir, para manter a ideia presente, que o processo de medida é um processo estocástico, isto é, sujeito às leis de natureza e cálculo probabilístico (tal como acontece com outros instrumentos de medida). Os resultados das medidas efetuadas correspondem a aproximações, podendo esta inconsistência ser diminuída através da repetição sucessiva da medição, utilizando depois medidas de tendência central como a média (Moreira, 2009).

Tendo em conta as anteriores considerações e os resultados dos estudos realizados, a primeira versão da escala ficou com 20 itens, conforme apresentamos de seguida.

## Escala de *Setting* Terapêutico

(Couto, M., Farate, C., Ramos, S., Fleming, M., 2012)

A partir da sua prática psicoterapêutica, refira o grau de concordância ou de discordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem, e que dizem respeito ao modo como organiza habitualmente o *setting* e a relação terapêutica com os seus pacientes.

135

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão					
2. Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão					
3. Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão					
4. Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão					
5. Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente					
6. Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente					
7. Anoto sempre as tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte					
8. Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta					
9. Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente					
10. Tolerar as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)					
11. Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência					
12. Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)					

---

13. Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil

---

14. Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes

---

15. Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico

---

16. Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes

---

17. Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico

---

18. Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer

---

19. Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões

---

20. Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia

---

A partir desta primeira versão, foram estudadas a estrutura fatorial e as características psicométricas da escala. Os resultados são apresentadas na respetiva secção do capítulo 6.



## **5.2. Estudo exploratório da primeira versão Portuguesa do *Therapeutic Identity Questionnaire* e da *Feeling Checklist***

Nesta segunda fase da presente dissertação (estudos intermédios), foi ainda realizado um estudo exploratório relativo aos instrumentos traduzidos na primeira fase, o *Therapeutic Identity Questionnaire* e a *Feeling Checklist*.

Este estudo permitiu avaliar algumas características dos instrumentos e também ajustar as questões relativas aos aspetos culturais e da língua referidos pelos diferentes autores (Gregoire & Hambleton, 2009; Hambleton et al., 2005) e de acordo com as diretrizes para este tipo de estudo (ITC, 2010).

137

Em virtude do estudo relativo à ThId ter sido submetido e publicado numa revista científica internacional com revisão por pares, procedemos à sua apresentação no formato de artigo (Couto, Farate, Torres, Ramos, & Fleming, 2013). Nesta publicação, para além do estudo exploratório das características psicométricas do ThId, foi ainda possível examinar o estilo terapêutico em função da orientação teórica dos participantes. As regras de escrita (p.ex. a ortografia e uso de itálicos ou aspas) correspondem às normas exigidas pela revista, em vigor à data de publicação. Contudo, foram efetuadas pequenas alterações no que respeita à formatação, de forma a adequar a sua integração no texto desta tese.

Relativamente ao estudo exploratório da FC, os participantes e procedimentos correspondem exatamente aos mesmos que são apresentados no manuscrito relativo à ThId. No entanto, para facilitar a fluidez de apresentação dos dados da FC, optámos por referi-los novamente, evitando que o leitor seja, assim, remetido para um outro trabalho.

### 5.2.1. Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo através do *Therapeutic Identity Questionnaire* - ThId<sup>24</sup>

#### Resumo

138

O estudo das variáveis relativas ao terapeuta é um tema de relevância empírica no âmbito da investigação sobre o processo e resultados terapêuticos. O objetivo deste estudo é verificar se há diferenças nas respostas dadas às três subescalas em avaliação na versão em língua portuguesa do *Therapeutic Identity Questionnaire* (ThId) (“fatores curativos”, “estilo terapêutico” e “pressupostos de base”) em função da orientação teórica, dos anos de experiência e da realização de terapia pessoal dos 34 terapeutas em estudo, e avaliar as características psicométricas do instrumento. Em conclusão, a versão em língua portuguesa do ThId apresenta boas qualidades psicométricas e revela-se útil para detetar diferenças de estilo e atitude terapêutica entre clínicos de diferentes orientações teóricas, mesmo em amostras de reduzida dimensão.

**Palavras-chave:** terapeutas cognitivo-comportamentais; psicanalistas; variáveis relativas ao terapeuta; ThId.

#### Abstract

The study of therapist variables is a matter of empirical relevance in the realm of the research on therapeutic process and outcome. The goal of this study is to ascertain the differences regarding the responses given to the 3 subscales of the Portuguese version of the *Therapeutic Identity Questionnaire* (ThId) in evaluation (curative factors, therapeutic style and basic assumptions) in relation to theoretical orientation, years of experience and previous personal therapy among the 34 therapists enrolled in the study, alongside the psychometric evaluation of the instrument. In conclusion, the Portuguese version of ThId displays good preliminary psychometric qualities and empirical usefulness to capture differences in style and attitude between clinicians of different theoretical models, even in reduced samples.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapists, psychoanalysts, therapist variables, ThId.

---

24 Couto, M., Farate, C., Torres, N., Ramos, S., & Fleming, M. (2013). Estilo terapêutico e orientação teórica: Estudo comparativo através do *Therapeutic Identity Questionnaire* - ThId. *Avaliação Psicológica*, 12 (1), 61-70.

## Resumen

El estudio de las variables relacionadas con el terapeuta es tema de prominencia empírica en la investigación sobre proceso y resultados terapéuticos. El objetivo de este estudio es verificar si hay diferencias en las respuestas a las tres subescalas en evaluación en la versión en lengua portuguesa del *Therapeutic Identity Questionnaire* (ThId) (factores curativos, estilo terapéutico y supuestos de base) atendiendo a la orientación teórica, años de experiencia y realización de terapia personal de los 34 terapeutas participantes, y evaluar las características psicométricas del instrumento. En conclusión, la versión en lengua portuguesa del ThId tiene buenas propiedades psicométricas y es útil para detectar diferencias de estilo y actitud terapéutica entre clínicos de diferentes orientaciones teóricas, incluso en muestras de dimensión reducida.

139

**Palabras-clave:** terapeutas cognitivo-conductuales, psicoanalistas, variables relacionadas con el terapeuta; ThId.

## Introdução

É crescente a importância atribuída às variáveis ligadas ao psicoterapeuta (estilo pessoal, pressupostos teóricos, personalidade, experiência profissional, sexo, idade e valores culturais) no contexto dos estudos de avaliação sobre o processo psicoterapêutico (Beutler et al., 1994; Beutler et al., 2004; Okiishi et al., 2003; Peuker et al., 2009). Apesar do caráter subjetivo de algumas das variáveis mais significativas (por exemplo, relação terapêutica, modelo terapêutico, estilo pessoal e pressupostos teóricos), a revisão das meta-análises realizada dá ênfase ao seu contributo para os resultados terapêuticos; contudo, os estudos publicados são, de um modo geral, inconclusivos quanto ao seu real impacto terapêutico (Beutler et al., 2004).

Tomando uma das variáveis subjetivas mais estudadas, o estilo terapêutico, é possível concluir, pela análise da literatura especializada (p. ex., Barber, 2009; Beutler et al., 2000; Hill & Knox, 2009; Oliveira, Nunes, Fernández-Álvarez, & Garcia, 2006; Sandell et al., 2004) que a influência terapêutica seja da diretividade, associada aos terapeutas cognitivo-comportamentais, seja da não-diretividade, de tradição psicodinâmica, é mediada pela receptividade do paciente ao modo de condução do processo terapêutico, variando, ainda, em função da patologia em tratamento. Assim, por exemplo, Borkovek e Costello (1993), através de um estudo aleatório controlado, concluíram pela superioridade do estilo diretivo em pacientes com ansiedade generalizada, enquanto Beutler et al. (2000), num estudo multicêntrico conduzido em toxicodependentes e doentes depressivos, verificaram

que os doentes mais resistentes ao tratamento beneficiaram de estilos não-diretivos e os menos resistentes de um estilo psicoterapêutico diretivo. Ainda no que diz respeito ao estilo do psicoterapeuta, o impacto da promoção do *insight* (típico da psicoterapia psicodinâmica) e da focalização na resolução dos sintomas (característico da terapia cognitivo-comportamental) variam em função do caráter introspetivo e autorreflexivo, ou, pelo contrário, agressivo e impulsivo do funcionamento mental do paciente em tratamento (Beutler et al., 2000; Beutler et al., 1994).

140

Por outro lado, a experiência profissional do psicoterapeuta pode ser diretamente correlacionada com a qualidade dos resultados terapêuticos, embora a variação do valor das correlações encontradas nos diferentes estudos (entre .09 e .48) dificulte a elaboração de conclusões, uma vez que não se encontrou um padrão consistente de resultados (Beutler et al., 2004). Os resultados do estudo de Sandell et al. (2002), efetuado sobre a base de dados do *Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project* (STOPP), e incluindo maioritariamente terapeutas psicodinâmicos, indicam uma correlação estatisticamente significativa entre a experiência profissional, sobretudo o tempo de experiência posterior à formação psicoterapêutica específica, e os resultados terapêuticos [ $t_{(755)} > 2.30, p < .05$ , para a comparação entre o grupo de terapeutas mais experientes e o grupo de terapeutas menos experientes]. Também foi verificada a influência da experiência profissional na eficácia terapêutica com pacientes sofrendo de diferentes patologias (Luborsky et al., 1997).

Outros aspetos subjetivos relacionados com o terapeuta são os pressupostos teóricos e os valores culturais, sempre associados ao modelo teórico de referência e aos procedimentos técnicos que dele decorrem. Assim, no estudo de Sandell et al. (2007) as atitudes e os ideais dos terapeutas mostraram uma correlação estatisticamente significativa ( $r = .51; p = .001$ ) com a qualidade dos resultados terapêuticos na avaliação após tratamento. Todavia, é a qualidade da relação terapêutica que sintetiza o contributo de muitas das variáveis acima referidas para os resultados do tratamento, o que está em linha com o caráter determinante da dinâmica interpessoal, seja qual for o modelo terapêutico e a finalidade - expressiva ou de suporte - da terapia em causa (Bachelor & Salame, 2000; Crits-Christoph et al., 2011; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001; Muran et al., 2009; Orlinsky et al., 2004).

Relativamente à aliança terapêutica, vários investigadores (Barber et al., 2001; Crits-Christoph et al., 2011) confirmam o seu poder preditivo específico, enquanto Beutler et al. (2004), ao reverem a literatura sobre o impacto da relação terapêutica nos resultados

do tratamento, estimaram que esta variável explica 17% da variância quanto à melhoria sintomática em pacientes com diferentes patologias e em diferentes modalidades de tratamento. Contudo, numa recente revisão crítica sobre os pressupostos da investigação empírica em psicoterapia, Barber (2009) relativiza o contributo específico desta variável, valorizando, antes, o carácter complexo da influência exercida conjuntamente pela aliança e pelas técnicas utilizadas pelo terapeuta (interpretação, suporte, *insight* e diretividade) em função da patologia do paciente, do tipo de tratamento e da adesão deste último ao tratamento em causa. A este propósito, importa referir que o *Therapeutic Identity Questionnaire* – ThId (Sandell et al., 2004), pela sua estrutura fatorial, permite estabelecer correlações entre variáveis objetivas (por exemplo, formação psicoterapêutica, experiência profissional e atitudes terapêuticas) e subjetivas (estilo terapêutico, modelo terapêutico e pressupostos teóricos) para um mesmo terapeuta, o que alarga o campo de análise comparativa entre fatores cujo contributo para os resultados terapêuticos é, muitas vezes, investigada separadamente. Assim, no estudo de 2004, os autores referidos puderam identificar diferenças entre terapeutas cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos relativamente à valorização da atitude de suporte e de ajustamento, entre os primeiros, e a valorização do *insight* para os segundos, e, facto ainda mais curioso, encontraram um *cluster* de terapeutas ecléticos *mainstream*, de influência psicanalítica, que se distinguiam dos psicanalistas pelo recurso ao “aqui-e-agora” e que, em muitos fatores correlacionados com os resultados terapêuticos, se aproximavam dos terapeutas cognitivos-comportamentais.

141

Tendo em consideração o que acaba de ser referido relativamente à estrutura psicométrica e à utilidade empírica do ThId (versão 3) são objetivos deste estudo: 1) estudar as características psicométricas da versão experimental em língua portuguesa deste instrumento; 2) verificar semelhanças e diferenças nas respostas às subescalas deste instrumento por parte de terapeutas cognitivo-comportamentais e de terapeutas psicodinâmicos, em função da formação pessoal, do grau de experiência e do estilo terapêutico de cada um.

## Método

O presente estudo faz parte de um projeto mais vasto de construção e validação de um instrumento psicométrico original para a avaliação do *setting* terapêutico em psicoterapia, aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (e respetivo Comitê de Ética). Este projeto foi também aprovado e financiado pelo comité de investigação da *International Psychoanalytical Association - Evaluation of Research Proposals and Results Subcommittee* (IPA - CERP).

### *Participantes*

142 A versão experimental em língua portuguesa do ThId foi distribuída em suporte papel a uma amostra de conveniência de 34 psicoterapeutas, tendo todos correspondido ao solicitado. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 27 e os 62 anos ( $M = 40.35$ ;  $DP = 8.66$ ), sendo 25 do género feminino. A formação disciplinar de base reparte-se pela psicologia ( $n = 24$ ; 70.6%) e pela medicina ( $n = 10$ ; 29.4%). Quanto à orientação teórica, 20 respondentes (58.8%) têm formação em terapia cognitivo-comportamental (TCC) e 14 (41.2%) em psicanálise (formações credenciadas, respetivamente, pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva e pela Sociedade Portuguesa de Psicanálise).

Em média, os respondentes desenvolvem o seu trabalho como psicoterapeutas há 12.8 anos ( $DP = 8.24$ ), sendo que a maioria (47.1%) é psicoterapeuta no intervalo compreendido entre 8 e 15 anos. Os terapeutas cognitivo-comportamentais (TCC) apresentaram uma média de 12.7 anos de experiência ( $DP = 7.1$ ), enquanto os psicanalistas têm uma média de 12.2 anos de experiência ( $DP = 9.8$ ). Os respondentes dedicam, em média, 22.0 horas ( $DP = 13.0$ ) por semana à psicoterapia, durante as quais atendem uma média de 18.29 clientes/pacientes ( $DP = 12.61$ ). Em termos da formação pessoal, 21 sujeitos (61.6%) realizaram uma terapia pessoal, referindo diversa orientação teórica (psicanálise/psicodinâmica, psicodrama, terapia cognitivo-narrativa, rogeriana e psicologia transpessoal). Relativamente ao contexto em que exercem a sua prática psicoterapêutica, 18 sujeitos (52.9%) exercem-na em consultório privado, 6 (17.6%) em serviços públicos e 10 (29.4%) em ambos os contextos. De referir ainda que 52.9% dos participantes não têm necessidade de mudar de consultório, mantendo o mesmo *setting* nas diferentes sessões. Relativamente à afiliação a sociedades/escolas psicoterapêuticas, 30 participantes (88.2%) estão inscritos numa sociedade/associação/colégio/ordem.

### *Descrição do instrumento*

O ThId (*Therapeutic Identity Questionnaire*) desenvolvido por Sandell et al. (2004; Sandell, 2010; Sandell et al., 2007) contém, na versão utilizada neste estudo (versão 3, aperfeiçoada do instrumento fornecida pelo autor em 2010, em conjunto com o respetivo manual e valores psicométricos para cada uma das subescalas), 150 questões repartidas por 6 secções (A a F). As quatro primeiras secções reportam-se a: 1. características sociodemográficas, formação académica e profissional (secção A); 2. experiência profissional (p. ex., experiência profissional, duração e extensão da prática psicoterapêutica) (secção B); 3. dados relativos à realização anterior de terapia pessoal

por iniciativa própria ou no quadro da formação profissional (secção C); 4. identificação das orientações teóricas em que é baseado o respetivo trabalho psicoterapêutico (por exemplo, psicanálise/psicodinâmica, cognitiva, cognitivo-comportamental, psicoterapias humanistas e experienciais, terapia familiar) (secção D), sendo esta secção avaliada através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos de acordo com o uso que faz das diferentes orientações teóricas (0 = nada a 4 = muito).

A 5ª secção (E) é constituída por duas subescalas que exploram a perceção do psicoterapeuta sobre as atitudes terapêuticas (Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2007). A primeira subescala, “Fatores curativos” (E1), contém 33 itens, cotados numa escala do tipo Likert de 5 pontos (0 = nada a 4 = muito) que avaliam as crenças do terapeuta relativamente ao valor curativo de vários aspetos da psicoterapia (p. ex., “ajudar o paciente a controlar as emoções”; “trabalhar com as recordações de infância do paciente”). A segunda subescala, “Estilo terapêutico” (E2), é composta por 35 itens que descrevem a forma habitual de condução da psicoterapia (p. ex., “não respondo a perguntas de carácter pessoal vindas do paciente”, “as minhas intervenções verbais são breves e concisas”), também cotada numa escala do tipo Likert de forma idêntica à anterior.

143

A 6ª secção, “Pressupostos de base” (F) é constituída por 16 itens que abordam as teorias privadas e/ou pressupostos do psicoterapeuta acerca da natureza do trabalho psicoterapêutico e da mente humana. Esta última subescala é cotada numa escala bipolar contínua com uma afirmação em cada pólo, devendo o respondente marcar nessa linha a posição que entende corresponder ao seu grau de concordância relativamente a diferentes pressupostos (p. ex., “a psicoterapia pode ser descrita como ...uma forma de arte / uma ciência”, “o comportamento humano é governado essencialmente....por fatores externos objetivos / por fatores internos subjetivos”, “a personalidade é determinada por... hereditariedade / ambiente”). O ThId apresenta ainda uma secção final (G) com um conjunto de quatro questões abertas baseadas no *Psychotherapists Common Core Questionnaire* (Orlinsky et al., 1999), a qual foi também traduzida e adaptada mas não incluída neste estudo, uma vez que não está diretamente relacionada com os objetivos estabelecidos neste trabalho.

O estudo de construção do instrumento original foi feito a partir de uma análise fatorial exploratória e validação cruzada da amostra, até se atingirem fatores estáveis e interpretáveis (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004). Os itens das subescalas E1, E2 e F foram agrupados em nove fatores: E1- “Fatores curativos” (“ajustamento”, “*insight*” e “simpatia”), E2 - “Estilo terapêutico” (“neutralidade”, “apoio” e “dúvida em relação a si”), F - “Pressupostos de base”



(“irracionalidade”, “arte” e “pessimismo”). No que se refere à consistência interna, algumas subescalas (“ajustamento”, “*insight*”, “simpatia”, “neutralidade” e “apoio/suporte”) revelaram boas qualidades psicométricas (valores de Alfa de Cronbach entre .75 e .87); no entanto, as restantes escalas (“dúvida em relação a si”, “irracionalidade”, “arte” e “pessimismo”) revelaram baixa consistência interna, com valores de Alfa de Cronbach entre .48 e .67 (Sandell, 2010).

#### *Procedimento de adaptação para a língua portuguesa*

144

Quanto aos procedimentos de adaptação para a língua portuguesa, o primeiro passo consistiu na aquisição dos instrumentos e autorização por parte do autor, tendo-se passado, de seguida, aos procedimentos de tradução e de adaptação para a língua portuguesa de uma primeira versão experimental. Os procedimentos tiveram por base as diretrizes da *International Test Commission* (ITC; 2003, 2010) as recomendações de Hambleton, Merenda e Spielberger (2005) e Gregoire e Hambleton (2009), e ainda as sugestões para adaptação de instrumentos de autores experientes nestes procedimentos metodológicos (Hill & Hill, 2005; van de Vijver & Hambleton, 1996; van de Vijver & Tanzer, 1997). De acordo com as referidas diretrizes, a tradução deverá ser realizada por dois ou mais tradutores independentes bilingues, ou tradutores oficiais cuja língua mãe é a da versão a adaptar. Assim, para efetuar uma tradução com garantias de rigor metodológico, numa primeira fase foram contratados dois tradutores bilingues independentes (tradutores oficiais licenciados). Num segundo momento fez parte do painel de tradutores um especialista em metodologia bilingue (português-inglês) com formação em psicologia e participação em vários trabalhos de construção e validação de instrumentos psicológicos.

A fim de cumprir com as *guidelines* para adaptação de testes da ITC (2010) foi garantido que os especialistas que participaram na tradução tinham diferentes currículos académicos e origens culturais, de forma a assegurar que o resultado final do texto entra em consideração, simultaneamente, com os aspetos linguísticos e culturais da língua de origem e da língua da versão adaptada. A versão retrovertida foi revista e aprovada por Rolf Sandell, isto é, pelo primeiro autor do instrumento original.

#### *Procedimentos de análise estatística*

Os dados foram analisados através do *software* SPSS versão 19, tendo-se realizado uma análise da consistência interna (através do cálculo do valor de Alfa de Cronbach) das subescalas com os itens da versão original do instrumento, intitulada “versão em língua portuguesa inicial”. Como se pode verificar na Tabela 1, os valores do Alfa de Cronbach



das subescalas da secção “Fatores curativos” (“ajustamento”, “*insight*” e “simpatia”) estão muito próximos dos que foram obtidos no estudo de validação do instrumento (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004). O valor do fator “dúvida em relação a si”, pertencente à secção “Estilo terapêutico”, apresenta até um Alfa de Cronbach superior à versão original.

**Tabela 1.** Consistência interna (Alfa de Cronbach) por fator de várias versões do Thld

Subescala (ou secção)	Fator	Versão em língua portuguesa inicial	Versão em língua portuguesa melhorada	Versão original (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004)
E1. Fatores curativos	Ajustamento	.83	.83	.83
	<i>Insight</i>	.85	.85	.87
	Simpatia	.79	.79	.82
E2. Estilo terapêutico	Neutralidade	.42	.67	.79
	Apoio/suporte	.54	.65	.75
	Dúvida em relação a si	.67	.67	.50
F. Pressupostos de base	Irracionalidade	.42	.51	.67
	Arte	.36	.51	.57
	Pessimismo	.42	.58	.57

145

Já os fatores “neutralidade” e “apoio/suporte”, pertencentes à secção “Estilo terapêutico” e os fatores “irracionalidade”, “arte” e “pessimismo”, pertencentes à secção “Pressupostos de base”, apresentaram na versão em língua portuguesa inicial índices de consistência interna mais baixos do que os da versão original (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004). De forma a averiguar e melhorar este aspeto foi realizada uma análise detalhada de correlação item-total para cada um destes fatores, item por item, que é apresentada nas Tabelas 2 e 3.

**Tabela 2** Correlações item-total para os fatores da secção “Estilo terapêutico”

	Neutra- lidade	Apoio/ suporte	Dúvida em relação a si
Não exprimo os meus próprios sentimentos nas sessões	.57		
Não respondo a perguntas de carácter pessoal vindas do paciente	.12		
As minhas intervenções verbais são breves e concisas	.37		
Se um paciente pedir, posso concordar em falar com um dos seus familiares (item invertido)	.33		

	Mantenho as minhas opiniões e circunstâncias pessoais fora da terapia	.31		
	Atuo de uma forma mais neutra do que pessoal na terapia	.21		
	Quero que o paciente desenvolva sentimentos fortes durante a terapia	-.23		
	A minha contratransferência é um instrumento importante	-.18		
	Manter o enquadramento terapêutico é fundamental no meu trabalho	.03		
	Evito o contacto físico com o paciente	.25		
146	Sou ativo/a durante as sessões	.33		
	Tenho uma atitude positiva em relação a sessões suplementares	.16		
	Não quero que o paciente desenvolva sentimentos fortes em relação a mim como pessoa	.32		
	É importante ordenar e estruturar o material	.29		
	Coloco frequentemente questões ao paciente	-.01		
	É importante transmitir esperança ao paciente	-.12		
	No início da terapia, comunico sempre ao paciente os objetivos terapêuticos	.59		
	Eu explico sempre para mim próprio/a os objetivos terapêuticos durante a terapia	.48		
	Sinto-me ansioso/a para que o paciente alcance os seus objetivos de vida	.23		
	Acho difícil lidar com a agressividade do paciente		.23	
	Não permito longos períodos de silêncio durante a sessão terapêutica		-.09	
	Muitas vezes não tenho a certeza se os meus sentimentos refletem os problemas do paciente ou os meus próprios problemas		.32	
	Observo atentamente os meus próprios sentimentos, de modo a entender o que se passa com o paciente		.03	
	Parece-me que frustro facilmente os meus pacientes		.66	
	Muitas vezes não estou seguro/a sobre o que devo fazer ou dizer na sessão		.59	
	Duvido da minha própria capacidade de conter os sentimentos do paciente		.35	
	O meu envolvimento nos objetivos de vida do paciente constitui um obstáculo ao trabalho terapêutico		.29	
	Pareço lidar melhor com pacientes que se parecem comigo em alguns aspetos		.60	
	Tenho dúvidas se serei um/a bom/boa terapeuta		.59	
Alfa de Cronbach		.67	.65	.67

**Tabela 3.** Correlações item-total para os fatores da secção “Pressupostos de base”

	Irracionalidade	Psicoterapia como arte	Pessimismo
f2_6 Processos conscientes versus Processos inconscientes	.27		
f3_1 Racionais versus Irracionais	.25		
f4_1 Livre arbítrio versus Fatores incontroláveis	.09		
f4_2 Fatores objetivos externos versus Fatores subjetivos internos	.40		
f1_1 Uma forma de arte versus Uma ciência		.14	
f1_2 Ofício versus Atividade livre e criativa		.12	
f2_1 Formação versus Personalidade		.19	
f2_2 Intuição versus Pensamento sistemático		.51	
f2_3 Pontos de vista relativistas versus Convicções absolutas		.01	
f2_4 Noção de que tudo pode ser compreendido versus Noção de que nem tudo pode ser compreendido			.34
f5_1 Hereditariedade versus Ambiente			.31
f6_1 Imutável versus Mutável			.15
f7_1 Totalmente compreensíveis versus Totalmente incompreensíveis			.50
f8_1 Os seres humanos podem desenvolver-se infinitamente versus De modo nenhum			-.13
Alfa de Cronbach	.51	.51	.58

147

Através da análise da correlação item-total, e do incremento de Alfa de Cronbach retirando os itens com baixa correlação item-total, foram selecionados os itens que maximizavam a consistência interna dos fatores (apresentados em *itálico* nas Tabelas 2 e 3). Obtivemos, assim, uma versão que intitulámos “versão em língua portuguesa melhorada” (cf. Tabela 1), e na qual os Alfas de Cronbach se aproximaram mais da versão original (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004).

Foram realizados testes de Kolmogorov-Smirnoff para verificar se as distribuições das subescalas diferiam da distribuição normal. Para um nível de significância  $p = .05$  e intervalo de confiança de 95%, nenhuma das escalas revelou uma distribuição significativamente diferente da distribuição normal. Foi, em seguida, testada a relação entre as subescalas do ThId e variáveis do psicoterapeuta: “Realização de terapia pessoal”, “Orientação teórica” (através de análises de variância- ANOVA) e “Anos de experiência” (através de

análises de correlação). Para verificar se os itens permitem discriminar significativamente os dois tipos de orientações teóricas foi realizada uma análise discriminante, incluindo como variáveis independentes todos os itens individuais do questionário e, como variável dependente dicotômica, a orientação teórica. Finalmente foram realizadas análises de variância para verificar quais os itens que apresentavam diferenças significativas entre as duas orientações teóricas.

## Resultados

148

Apresentam-se seguidamente, os resultados que nos indicam a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas a cada uma das secções e respetivos fatores do ThId em função de variáveis relativas ao terapeuta: realização de terapia pessoal, anos de experiência e orientação teórica (cognitivo-comportamental *versus* psicodinâmica), adotando como nível de significância 5%.

### *Realização de terapia pessoal*

Foram realizadas ANOVAS no sentido de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos resultados para cada fator entre os terapeutas que fizeram terapia pessoal ( $n = 21$ ) e os terapeutas que não fizeram terapia pessoal ( $n = 13$ ). Verificamos que existem diferenças assinaláveis (estatisticamente significativas e marginalmente significativas) entre os terapeutas que afirmam ter feito uma psicoterapia pessoal e os que referem não ter feito psicoterapia pessoal quanto aos fatores *ajustamento* da secção “Fatores curativos” ( $F [1,33] = 3.75, d = 0.47$ ), “apoio/suporte” da secção “Estilo terapêutico” ( $F [1,33] = 10.29, d = 1.10$ ) e “psicoterapia como uma arte” da secção “Pressupostos de base” ( $F [1,33] = 3.08, d = 0.62$ ). Verifica-se ainda, que os sujeitos que não fizeram terapia pessoal recorrem mais a um estilo terapêutico de “apoio/suporte” ( $M = 3.46$ ) do que os sujeitos que fizeram terapia pessoal ( $M = 3.03$ ), sendo que esta diferença é estatisticamente significativa ( $p < .05$ ). Na mesma linha do resultado anterior, a valorização do “ajustamento” como fator terapêutico é maior entre os psicoterapeutas que não realizaram terapia pessoal prévia ( $M = 3.45$ ) do que entre aqueles que se submeteram a terapia pessoal ( $M = 3.10$ ), sendo que esta diferença é marginalmente significativa ( $p = .06$ ). Finalmente, os psicoterapeutas que fizeram terapia pessoal acreditam mais no pressuposto de base “Psicoterapia como uma arte” ( $M = 5.49$ ) do que aqueles que não fizeram terapia pessoal ( $M = 4.73$ ), sendo esta diferença marginalmente significativa (para  $p = .10$ ).

### *Anos de experiência*

Através de uma análise de variância verificou-se que não existem diferenças significativas entre a média da variável anos de experiência dos terapeutas cognitivo-comportamentais (TCC) e dos psicanalistas. Também não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os anos de experiência e qualquer um dos fatores do questionário, usando a amostra total do presente estudo. No entanto, dividindo a amostra entre os sujeitos que fizeram e não fizeram terapia pessoal foram encontradas correlações (não-paramétricas de Spearman) assinaláveis: os sujeitos que não fizeram terapia pessoal demonstram uma correlação negativa estatisticamente significativa ( $r_s = -.48$ ;  $p < .05$ ) entre o número de anos de experiência profissional e o uso de um estilo terapêutico baseado no *insight*. A mesma correlação negativa também é identificável com os fatores “simpatia” ( $r_s = -.46$ ;  $p = .058$ ) e “neutralidade” ( $r_s = -.46$ ;  $p = .057$ ), embora para estas duas variáveis seja marginalmente significativa. Em suma, os terapeutas que não fizeram terapia pessoal tendem a usar menos técnicas de *insight*, a sentir menor simpatia pelos pacientes e a ser menos neutrais nas suas técnicas, à medida que os anos de experiência aumentam.

149

### *Orientação teórica: Cognitivo-comportamental versus psicodinâmica*

Nesta análise foram apenas incluídos os psicoterapeutas que responderam *sim* à questão *Está inscrito/a em alguma sociedade/associação/colégio/ordem?* ( $n = 29$ ), de forma a controlar o possível efeito atípico de psicoterapeutas que não regem a sua prática por linhas claramente definidas pelas respectivas sociedades científicas. Foram realizadas ANOVAS no sentido de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos resultados para cada fator entre os TCC ( $n = 19$ ) e os psicanalistas ( $n = 10$ ). Apesar que não se identificarem diferenças estatisticamente significativas (para  $p < .05$ ) em nenhuma das subescalas, existe um efeito marginalmente significativo para o fator curativo ajustamento ( $F [1,28] = 3.89$ ;  $p = .059$ ,  $d = 0.74$ ), sendo que os participantes de orientação cognitivo-comportamental acreditam mais no ajustamento como fator curativo ( $M = 3.35$ ) do que os participantes de orientação psicodinâmica ( $M = 2.95$ ).

Para verificar se os itens permitem discriminar significativamente os dois tipos de orientação teórica foi realizada uma análise discriminante, incluindo como variáveis independentes todos os itens individuais do questionário. Foi, então, extraída uma função discriminante com um valor significativo ( $\chi^2 = 40.33$ ;  $p < .05$ ). Foram também calculadas as previsões de pertença aos dois grupos baseadas no modelo estatístico incluindo todos os itens. Conclui-se, que a função discriminante permite prever o grupo de pertença em todos

os psicoterapeutas de orientação psicodinâmica e em 18 dos 19 terapeutas cognitivo-comportamentais.

As ANOVAS permitiram detetar diferenças estatisticamente significativas, apresentadas na tabela 4, em 9 itens repartidos pelas subescalas E1 - “Fatores curativos” (os primeiros quatro itens apresentados na tabela) e E2 - “Estilo terapêutico” (os restantes cinco itens).

**Tabela 4.** Diferenças em função da orientação teórica dominante por item

150

Itens	Orientação teórica dominante		F
	Cognitivo-comportamental	Psicodinâmica/Psicanalítica	
Incentivar o paciente a pensar nos seus problemas de formas mais positivas	3.88	3.00	4.14* (0.89)
Educar o paciente sobre os seus sintomas e problemas psíquicos	3.82	2.80	7.47* (1.10)
Estabelecer objetivos concretos para o paciente	3.88	3.10	5.78* (0.91)
Trabalhar com os sintomas do paciente	4.06	3.40	4.45* (0.92)
Acho difícil lidar com a agressividade do paciente	2.10	1.60	4.15* (0.85)
Admito os meus próprios erros ao paciente	3.17	2.30	5.88* (0.97)
Se um paciente pedir, posso concordar em falar com um dos seus familiares	3.94	2.80	8.53* (1.19)
É importante transmitir esperança ao paciente	4.10	3.30	4.26* (0.94)
Manter o enquadramento terapêutico é fundamental no meu trabalho	4.00	3.30	5.47* (0.89)

\*  $p < 0.05$ ; Os valores  $d$  de Cohen são apresentados entre parêntesis.

## Discussão e conclusões

Tal como aconteceu relativamente à apresentação dos resultados, são discutidas em primeiro lugar as características psicométricas da versão experimental em língua portuguesa do ThId. Assim, no que respeita à consistência interna por fator, em particular da subescala E1- “Fatores curativos”, os valores obtidos são muito próximos dos que foram obtidos no estudo de validação do instrumento original, o que não acontece para

as subescalas E2 - “Estilo terapêutico” (com exceção do fator dúvida em relação a si que apresenta um Alfa de *Cronbach* superior à versão original) e F- “Pressupostos de base” que apresentam valores mais baixos. Estes resultados poderão estar relacionados com as limitações inerentes à adaptação internacional de instrumentos (Harkness, Pennell, & Schoua-Glusberg, 2004), nomeadamente às dificuldades de interpretação de alguns itens por parte dos participantes no estudo.

Contudo, os procedimentos de incremento do Alfa de Cronbach permitiram obter valores mais elevados e chegar a uma versão melhorada do instrumento (cf. Tabela 1). Apesar da amostra do estudo ser reduzida, em relação ao número de sujeitos tradicionalmente considerados necessários para uma estimação correta do índice Alfa de Cronbach, estudos psicométricos usando simulações de Monte Carlo (MacCallum, Widaman, Preacher, & Hong, 2001; MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999; Yurdugul, 2008) têm demonstrado o contrário. Um estudo recente mostrou que quando o 1º *eigenvalue* de um conjunto de itens extraído por Análise das Componentes Principais (ACP) for próximo ou maior do que 6.0, uma amostra de  $N = 30$  pode ser suficiente para uma estimação correta (Yurdugul, 2008). No que se refere ao presente estudo, o 1º *eigenvalue* obtido por ACP para o conjunto de itens da secção “Fatores curativos” foi de 7.85, para o conjunto de itens da secção “Estilo terapêutico” foi de 5.45, e, para o conjunto de itens da secção “Pressupostos de base”, foi de 4.04.

Embora se trate de um dado de valorização relativa, quer em função do  $n$  da amostra, quer, sobretudo, em função da influência previsível da orientação teórica dos terapeutas em estudo (não avaliado nas análises realizadas) é de realçar que os participantes que não efetuaram terapia pessoal recorrem mais a um estilo de apoio/suporte e valorizam mais o fator curativo “Ajustamento” do que aqueles que fizeram terapia pessoal. Este dado pode estar relacionado com a crença na necessidade da aliança terapêutica a fim de favorecer a retenção do paciente em tratamento, menos sentida pelos terapeutas que passaram por uma terapia pessoal. Em concordância com estes resultados, podem ser referidos quer a correlação positiva entre a terapia pessoal prévia do psicoterapeuta e a retenção do paciente em tratamento identificada por Greenspan e Kulish (1985), quer a maior confiança pessoal e melhor qualidade da aliança terapêutica identificadas por Gold e Hilsenroth (2009) entre os clínicos em formação psicoterapêutica do seu estudo que beneficiaram de psicoterapia prévia.

Por outro lado, a menor tendência a recorrer ao *insight* e a manter uma atitude de neutralidade na relação terapêutica com os anos de experiência profissional entre os

psicoterapeutas que não realizaram terapia pessoal poderá estar relacionada com o facto, realçado na literatura, de que são os psicanalistas (isto é, aqueles que mais recorrem a um estilo terapêutico baseado nestas duas variáveis) que incluem a terapia pessoal como exigência formativa de base (Beutler et al., 2004; Sandell et al., 2006). Assim, poder-se-á supor que serão os terapeutas cognitivo-comportamentais que, neste estudo, mais contribuem para a correlação negativa identificada entre experiência profissional, recurso ao “insight” e “neutralidade” na relação com o paciente.

152

No que diz respeito à ausência de diferenças estatisticamente significativas para as variáveis que compõem as subescalas E1 e E2 do Thld nas análises de variância realizadas entre psicanalistas e TCC, importa referir que estes resultados estão em linha com os dados de vários estudos e meta-análises da literatura especializada que indicam que a correspondência entre os procedimentos técnicos e o modelo teórico específico é relativamente modesta (Beutler et al., 2004).

Quanto ao estilo terapêutico, que neste estudo é definido, a partir de Sandell et al. (2004), como o modo habitual de conduzir a psicoterapia, em linha com a definição de Oliveira e cols. (2006), que valoriza as funções integradas que definem as disposições e atitudes habituais do terapeuta, interessa salientar que os resultados da análise discriminante efetuada indicam que os TCC recorrem mais à educação do paciente sobre os problemas psíquicos, ao trabalho sobre os sintomas, ao contacto com familiares, a pedido deste último, e ao reforço ativo da empatia do que os psicanalistas. Estes resultados estão em concordância com os resultados do estudo de Oliveira et al. (2006), apesar do estilo terapêutico, neste último estudo, ser avaliado a partir da versão brasileira de outro instrumento (“O Estilo Pessoal do Terapeuta - EPT-Q”).

Finalmente, de referir, como limitações deste estudo, o tamanho reduzido da amostra (que apesar de permitir a avaliação psicométrica preliminar do Thld, limita a sua exploração empírica), bem como o fato de não ter sido avaliado o contributo específico das variáveis em estudo para a eficácia terapêutica (alívio sintomático, mudança psíquica). Esta limitação, que decorre da não utilização de uma amostra de pacientes neste estudo, deverá ser resolvida pela sua inclusão em estudos futuros.



### 5.2.2. Estudo exploratório da primeira versão Portuguesa da *Feeling Checklist*

A *Feeling Checklist* é um instrumento de autorresposta constituído por 24 itens que se destina a avaliar os sentimentos, em particular dos profissionais saúde. A descrição mais detalhada da versão original foi já anteriormente exposta no capítulo 4, pelo que, passaremos de seguida à apresentação de elementos mais específicos relativos a este estudo exploratório.

#### Método

153

#### Participantes

Relativamente à caracterização dos 34 participantes, estes tinham idades compreendidas entre os 27 e os 62 anos ( $M = 40.35$ ;  $DP = 8.66$ ), sendo 25 do sexo feminino. A formação académica de base divide-se pela psicologia ( $n = 24$ ; 70.6%) e pela medicina ( $n = 10$ ; 29.4%). No que respeita à orientação teórica enquanto psicoterapeutas, 20 respondentes (58.8%) têm formação em Terapia Cognitivo-Comportamental e 14 (41.2%) em Psicanálise. Todos os respondentes possuem formação credenciada pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva e pela Sociedade Portuguesa de Psicanálise, respetivamente.

Desenvolvem o seu trabalho como psicoterapeutas em média há 12.8 anos ( $DP = 8.24$ ), sendo que a maioria (47.1%) é psicoterapeuta no intervalo de tempo compreendido entre 8 e 15 anos. Os psicoterapeutas de proveniência formativa cognitivo-comportamental (TCC) apresentaram uma média de 12.7 anos de experiência ( $DP = 7.1$ ), enquanto os psicanalistas têm uma média de 12.2 anos de experiência ( $DP = 9.8$ ). Os respondentes dedicam, em média, 22.0 horas ( $DP = 13.0$ ) por semana à psicoterapia, durante as quais atendem uma média de 18.29 clientes/pacientes ( $DP = 12.61$ ). Em termos do processo terapêutico pessoal, 21 sujeitos (61.6%) realizaram uma terapia pessoal, referindo diversa orientação teórica para esta terapia (psicanálise, terapia psicodinâmica, psicodrama, terapia cognitivo-narrativa e rogeriana). Relativamente ao contexto em que exercem a sua prática psicoterapêutica, 18 sujeitos (52.9%) exercem-na em consultório privado, 6 (17.6%) em serviços públicos e 10 (29.4%) em ambos os contextos. De referir ainda que 52.9% dos participantes referem não sentir necessidade de mudar de consultório, mantendo o mesmo *setting* nas diferentes sessões. Para além de serem credenciados pela respetiva sociedade científica, 30 dos participantes (88.2%) estão inscritos numa sociedade, ou associação, ou colégio, ou ordem.

## Procedimentos

As versões traduzidas do Thld e da FC foram distribuídas conjuntamente em suporte papel a esta amostra de conveniência de 34 psicoterapeutas, tendo todos correspondido à tarefa solicitada. Os instrumentos foram, em regra, preenchidos pelos psicoterapeutas nos seus consultórios ou gabinetes, sendo posteriormente por nós recolhidos.

## Resultados

154 Foram calculadas as médias, desvio padrão e ainda a correlação de cada item com o total da escala no sentido de perceber o contributo e de cada um dos itens (Tabela 5.13).

**Tabela 5.13.** Média, desvio padrão e correlação item-total para cada um dos itens da FC ( $N = 34$ )

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item-total
Brincalhão/brincalhona	1.29	.63	.52**
Indiferente	.06	.24	.36*
Aberto/a	1.97	.76	.30
Sóbrio/a	2.09	.83	-.16
Frio/a	.35	.54	-.09
Nervoso/a	.32	.47	.09
Sensibilizado/a	1.91	.75	.53**
Impotente	.68	.77	.05
Neutro/a	1.38	.95	.48**
Satisfeito/a	1.85	.62	.48**
Envergonhado/a	.29	.52	.10
Caloroso/a	1.65	.73	.53**
Contente	1.38	.70	.63**
Aborrecido/a	.32	.64	.32
Relaxado/a	1.74	.79	.69**
Oprimido/a	.15	.36	-.09
Irritado/a	.29	.52	-.10
Calmo/a	1.97	.80	.42*
Entusiasmado/a	1.56	.86	.50**
Tenso/a	.41	.70	.15
Surpreendido/a	.97	.80	.23
Enérgico/a	1.38	.60	.67**
Paralisado/a	.12	.33	.06
Liberto	1.71	.91	.51**

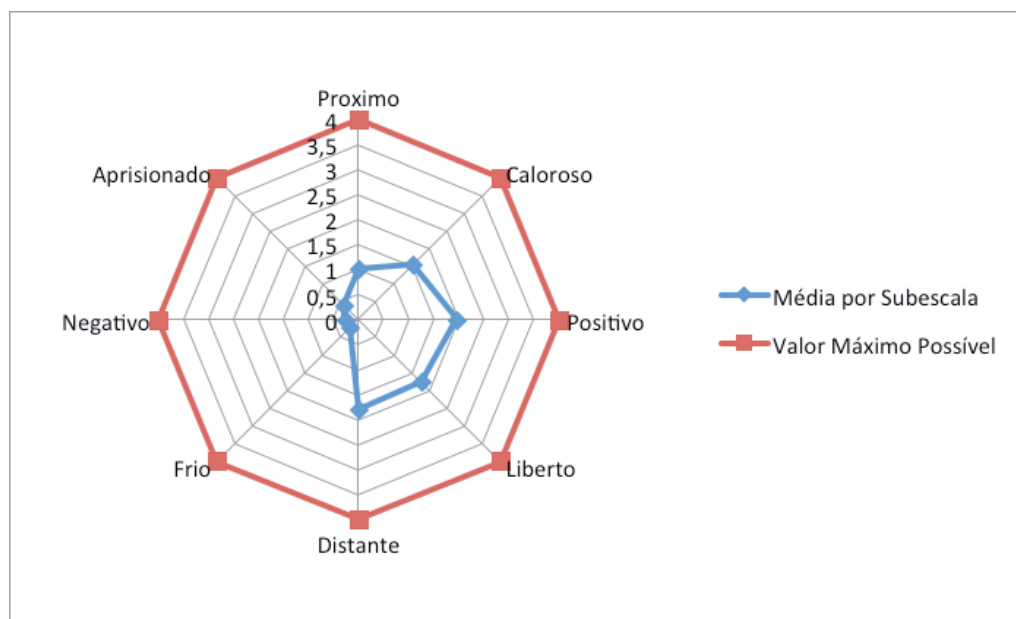
\*\* $p < .01$ ; \* $p < .05$ .

A média para cada um dos itens varia entre 2.09 e .06 e, como se pode verificar na Tabela 5.13, a média superior corresponde ao item “Sóbrio/a” ( $M = 2.09$ ;  $DP = .83$ ), seguido do item “Calmo” ( $M = 1.97$ ;  $DP = .80$ ); as médias mais baixas correspondem aos itens “Indiferente” ( $M = .06$ ;  $DP = .24$ ) e “Paralisado/a” ( $M = .12$ ;  $DP = .33$ ). Quanto ao contributo dos itens para o total da escala verificamos que os que mais contribuem são os itens “Relaxado” “Enérgico” com uma correlação de .69 e .67 respetivamente. Os itens “Impotente” e “Paralisado/a” são os que menos contribuem com valores de correlação respetivamente de .05 e .06. Contudo, estes itens foram mantidos na escala para fase seguinte a fim de serem estudados numa amostra mais consistente e não se justificar desde já a sua exclusão.

155

Relativamente ao texto e compreensão dos itens, verificou-se que algumas palavras geravam incerteza em termos do seu entendimento e/ou significado na cultura portuguesa. Os itens “Sóbrio”, “Oprimido” e “Liberto” foram alvo de comentários por parte dos participantes no sentido da clarificação do seu significado. Deste modo, após reflexão sobre os itens originais em inglês, foi feita uma nova consulta a especialistas em tradução/retroversão e na língua portuguesa. Foi decidida a alteração dos referidos itens, os quais foram substituídos por “Serenos”, “Sobrecarregados” e “Livres”, respetivamente. Com efeito, do ponto de vista estatístico, verificamos também que as análises descritivas dos itens “Sóbrio” e “Oprimido”, bem como os seus valores de correlação com o total da escala apontam para uma fragilidade dos mesmos.

Seguindo as indicações do autor da escala original, bem como as referências dos estudos realizados com o mesmo instrumento (Holmqvist & Armelius, 2000; Holmqvist et al., 2007; Katsuki et al., 2006), foi construído um eixo circunplexo com a representação das médias das subescalas (Figura 5.7). Verificamos que na amostra inquirida, relativamente ao paciente escolhido, os sujeitos referem sentimentos fundamentalmente na dimensão “Positivo” (itens “Brincalhão”, “Contente” e “Aberto”) e “Distante” (itens “Sóbrio”, “Neutro” e “Calmo”). De seguida mencionam sentimentos na dimensão “Livre” (itens “Satisfeito”, “Relaxado”, “Livre”).



**Figura 5.7.** Representação gráfica das médias simples por subescala da FC

## CAPÍTULO 6

### Terceira fase Resultados

---

#### 6.1. Introdução

#### 6.2. Método

##### 6.2.1. Participantes

##### 6.2.2. Procedimentos

#### 6.3. Estudo da estrutura fatorial e das características psicométricas da versão portuguesa do *Therapeutic Identity Questionnaire*

##### 6.3.1. A validation of the Portuguese version of the Therapeutic Identity (ThId) Questionnaire

#### 6.4. Estudo da estrutura fatorial e das características psicométricas da versão portuguesa da *Feeling Checklist*

##### 6.4.1. Análise estatística

##### 6.4.2. Resultados

##### 6.4.3. Discussão

#### 6.5. Estudo da estrutura fatorial e das características psicométricas da Escala de *Setting* Terapêutico

##### 6.5.1. Análise estatística

##### 6.5.2. Resultados

##### 6.5.3. Discussão



## 6.1. Introdução

159

Após a realização dos estudos preliminares e dos estudos intermédios estavam reunidas as condições para dar continuidade aos nossos propósitos e avançar para a terceira fase, que designamos por “Resultados”.

Assim, o presente capítulo descreve a terceira fase que integra os resultados obtidos nos estudos da estrutura fatorial e características psicométricas dos três instrumentos que compõem o protocolo aplicado nesta fase: *Therapeutic Identity Questionnaire*, *Feeling Checklist* e Escala de *Setting* Terapêutico. Os dois primeiros foram por nós traduzidos e adaptados para a língua portuguesa, bem como os respetivos estudos exploratórios já relatados em capítulos anteriores. O terceiro instrumento, foi por nós construído e o respetivo processo de desenvolvimento encontra-se também já devidamente descrito nos capítulos anteriores.

Os três instrumentos foram estudados conjuntamente nesta fase, dos estudos, pelo que, os participantes e procedimentos são idênticos e descritos detalhadamente na parte de Método do presente capítulo. Os resultados relativos a cada instrumento são apresentados no sua respetiva secção ou capítulo de estudo.

Por outro lado, em virtude de os instrumentos alvo de análise terem já sido detalhadamente apresentados nos capítulos 3 e 4, a sua descrição não figura aqui na secção de “Método”. Neste contexto, os resultados concernentes aos instrumentos estudados, iniciam-se com uma descrição das análises estatísticas conduzidas em cada estudo em particular, seguindo-se então os resultados propriamente ditos. No caso do ThId, a sequência da apresentação segue diferente metodologia, sendo integrada em formato de artigo, dado estar já submetido para publicação.

A metodologia de recolha de dados nesta terceira fase dos trabalhos foi, de novo,

realizada com recurso às tecnologias e ferramentas informáticas disponíveis atualmente, e cujo processo será aqui descrito na subsecção de Procedimentos.

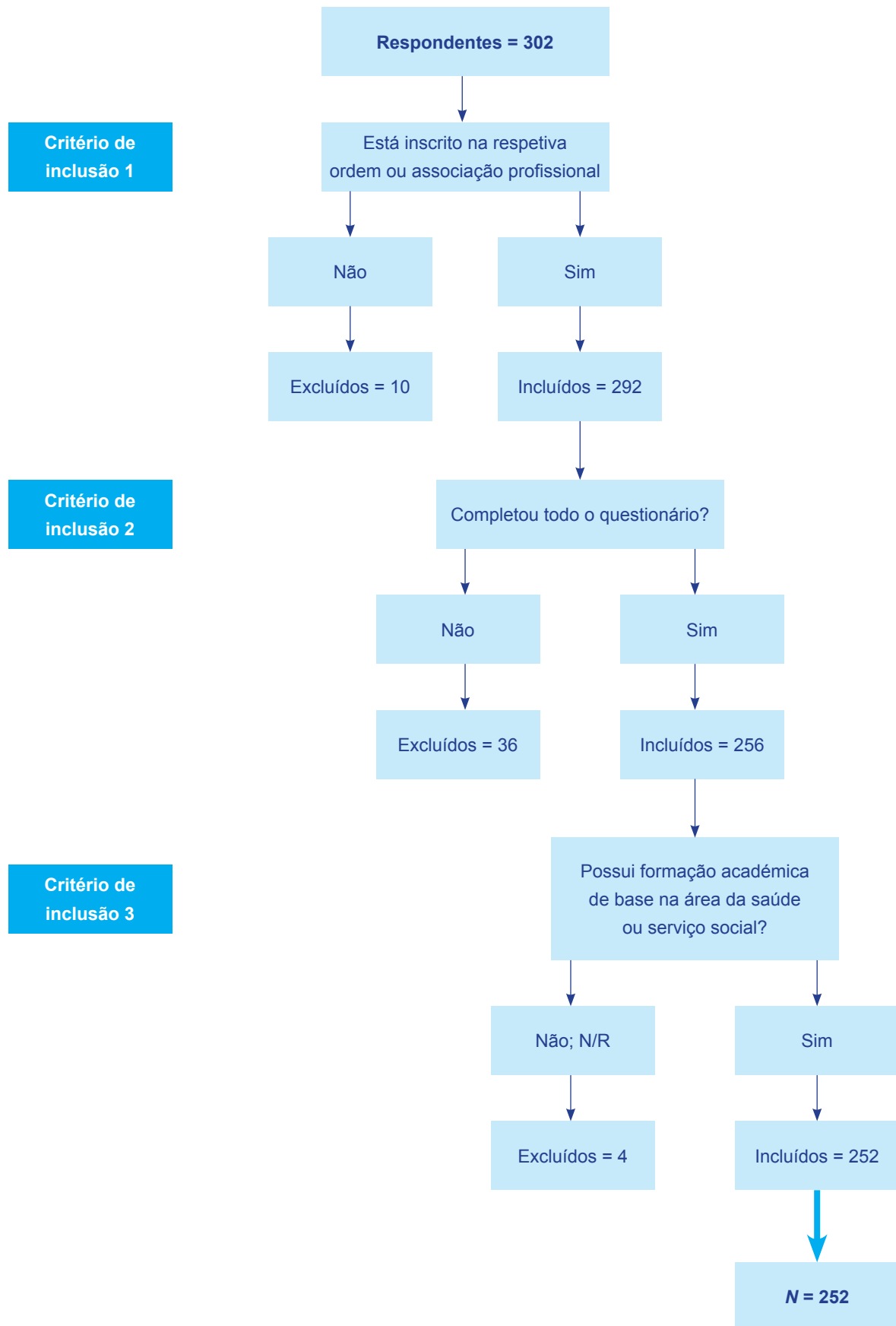
Convém referirmos aqui que, no presente capítulo, por questões de percetibilidade e clareza, optámos por utilizar a designação da *Feeling Checklist* sempre escrita por extenso, uma vez que a sua abreviação pela sigla FC poderia ser confundida com a análise estatística da Fiabilidade Compósita, a qual é comumente representada por FC.

## **6.2. Método**

### **6.2.1. Participantes**

Na terceira fase do estudo participaram, no total, 302 sujeitos, os quais responderam ao inquérito *online* no prazo estabelecido. Estas respostas foram sujeitas ao processo de seleção de acordo com os seguintes critérios de inclusão definidos para os participantes: 1) estar inscrito na respetiva ordem ou associação profissional que certifica o seu trabalho, 2) ter completado todo o questionário colocado *online* e 3) ter formação académica de base na área da saúde ou serviço social. Deste modo, após a respetiva escolha, tendo em consideração os critérios de inclusão referidos, o nosso estudo ficou circunscrito a 252 respondentes, conforme o diagrama apresentado na Figura 6.1.





**Figura 6.1.** Diagrama ilustrativo do processo de seleção da amostra

Passamos a descrever de seguida a amostra ( $N = 252$ ) considerada para o estudo.

Dos 252 respondentes, 186 são do sexo feminino (73.8%) e 66 (26.2%) do sexo masculino, com uma média de idades de 42.11 anos ( $DP = 10.16$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre mulheres ( $M = 41.44$  anos;  $DP = 9.52$  anos) e homens ( $M = 44.00$  anos;  $DP = 11.65$  anos) relativamente à idade ( $t_{(250)} = -1.77$ ;  $p = .078$ ).

162 No que respeita à formação académica de base dos respondentes, verifica-se que a formação em psicologia é a mais representada ( $n = 231$ ; 91.7%), seguida da de medicina ( $n = 16$ ; 6.3%) e de serviço social ( $n = 4$ ; 1.6%). Para além destas, verificou-se ainda que um indivíduo (0.4%) possui formação de base em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No que respeita à formação de base em psicoterapia, as formações mais indicadas pelos indivíduos foram a Psicanálise ( $n = 85$ ; 33.7%) e a Terapia Cognitivo-Comportamental ( $n = 84$ ; 33.3%), seguindo-se as terapias de grupo ( $n = 30$ ; 11.9%), as terapias neuropsicológicas ( $n = 23$ ; 9.1%) e a terapia familiar/de casal ( $n = 21$ ; 8.3%).

Ao apurar outras formações de base em psicoterapia ( $n = 9$ ; 3.6%), cinco dos nove sujeitos mencionaram ter realizado formação em Terapia Centrada na Pessoa (55.6%), um em Psicoterapia Emocional (11.1%), um em Terapia *Gestalt* (11.1%) e dois não indicam a sua formação psicoterapêutica (22.2%).

Refira-se que 159 (63.1%) inquiridos possuem formação complementar noutras formas de psicoterapia para além da sua formação de base (p. ex., Terapia Familiar Sistémica, EMDR, Psicodrama, Psicanálise, Terapia Cognitivo-Comportamental).

Do total da amostra, 112 sujeitos (44.4%) afirmam possuir formação académica avançada, como por exemplo, mestrado e doutoramento.

Relativamente ao treino para supervisor de psicoterapia, 68 sujeitos (27.0%) realizaram este treino e 184 (73.0%) não.

No que respeita ao número de anos com o diploma de psicoterapeuta e prática clínica, os respondentes estão certificados em média há 10.42 anos ( $DP = 8.30$  anos) e exercem prática clínica há 13.59 anos em média ( $DP = 8.89$  anos). Verificamos, assim, que, em média, exercem prática clínica há mais tempo do que possuem o diploma de psicoterapeuta, de onde se conclui que já exerciam antes da conclusão da certificação.

Quanto ao número de sessões por semana que os respondentes tiveram em média

com todos os pacientes no último ano, verificámos que esta questão não foi uniformemente entendida. Alguns consideraram o total dos pacientes (p. ex., 30 por semana), enquanto outros consideraram o número de sessões que tiveram por semana com cada paciente (p. ex., 1 por semana).

No que respeita à supervisão, a maioria dos inquiridos recebeu supervisão regular ( $n = 104$ ; 41.3%) ou ocasional ( $n = 102$ ; 40.5%) durante o último ano. Também no último ano, 35 sujeitos (13.9%) supervisionaram regularmente outros colegas e 60 fizeram-no ocasionalmente (23.8%).

163

Verificamos também que 207 respondentes (82.1%) já fizeram terapia pessoal e 45 (17.9%) não realizaram este processo.

Não procedemos à caracterização da amostra para os itens “Como se repartem estes anos de trabalho pelos *settings* seguintes?”, “Indique aproximadamente quantos pacientes atendeu em cada uma das seguintes formas de psicoterapia durante o último ano?” e “Na atualidade, quanto do seu trabalho é baseado nas seguintes orientações teóricas?”, uma vez que obtivemos um elevado número de combinações de respostas. Contudo, como estas questões fazem parte de um dos instrumentos a estudar na versão portuguesa (Thld), não quisemos alterar a metodologia de trabalho, optando, posteriormente, por não as considerar neste tópico relativo à caracterização da amostra.

### 6.2.2. Procedimentos

Os participantes no estudo foram recrutados por duas vias: com recurso às bases de dados pertencentes às associações/sociedades científicas que certificam e regulam a atividade dos psicoterapeutas em Portugal, e por recurso a uma amostragem não probabilística por conveniência entre colegas. Nas duas situações foi ainda seguido o método de propagação geométrica - *Snowball* (Marôco, 2011).

No primeiro caso, foram contactadas as direções das seguintes associações/sociedades científicas:

- Associação EMDR Portugal - AEMDRP (75 associados)
- Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica - APPPP (234 associados)

- Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva - APTCC (835 associados)
- Sociedade Portuguesa de Psicanálise - SPP (205 associados)
- Sociedade Portuguesa de Psicodrama - SPP (485 associados)

Neste contacto, foram explicitados o âmbito e objetivos do estudo e solicitada a colaboração na recolha de dados, através do envio de um convite para participação no estudo a todos os seus associados.

164 Os psicoterapeutas associados a estas sociedades científicas foram assim contactados por e-mail, enviado pelas respetivas direções e/ou secretariado, a fim de serem convidados para participarem num estudo *online*. O *e-mail* contém um texto explicativo sobre o estudo e respetivas instruções para participação:

Caro/a Colega,

Venho convidá-lo/a a participar num estudo sobre avaliação terapêutica que decorre no âmbito de um processo de doutoramento em Ciências Biomédicas pelo ICBAS – Universidade do Porto.

Trata-se de um estudo cujo objetivo final é a construção e validação de um instrumento de avaliação do *setting* e da relação terapêutica e de mais dois outros instrumentos que avaliam o estilo terapêutico. A população-alvo é constituída por psicoterapeutas com experiência clínica e de diferentes modelos teóricos.

As respostas são anónimas e confidenciais, e o seu preenchimento demora 20 a 30 minutos. Os colegas que já participaram avaliaram a experiência como muito interessante para refletir sobre a sua prática terapêutica. Após completar o preenchimento do instrumento, agradecemos que o reencaminhe para outros colegas.

Para participar neste estudo basta aceder ao seguinte link: [www.estudoterapeutas.com](http://www.estudoterapeutas.com)

Agradeço antecipadamente a sua preciosa colaboração.

(assinatura da investigadora principal)  
Universidade do Porto  
Contacto: [margaridacouto3@gmail.com](mailto:margaridacouto3@gmail.com)

O número de psicoterapeutas para os quais foi enviado o convite por cada sociedade científica corresponde ao número de associados que integram cada uma delas à data do contacto realizado.

No caso da amostragem recolhida entre colegas psicoterapeutas, o procedimento foi idêntico, tendo sido enviado por *e-mail* o mesmo texto com o convite à participação no estudo, solicitando que pudessem também reencaminhar o convite para outros colegas

psicoterapeutas. Foi objetivo deste procedimento tentar abranger um maior número de participantes.

O número de psicoterapeutas compreendidos nas bases de dados das associações/sociedades científicas perfaz um total de 1834. Quanto aos contactos realizados individualmente para colegas torna-se difícil encontrar um número para adicionar, até porque grande parte destes fazem também parte das diferentes associações/sociedades contactadas, e estaríamos, assim, a duplicar dados. Estamos, no entanto, conscientes das limitações quanto à estimativa do número de sujeitos abrangido.

165

Nesta fase do estudo, e conforme já referido, o protocolo de investigação administrado foi constituído por três instrumentos: *Therapeutic Identity Questionnaire* (ThId) e *Feeling Checklist* (FC), na sua versão portuguesa traduzida, e a primeira versão da Escala de *Setting* Terapêutico (EST).

Os três instrumentos foram colocados conjuntamente na plataforma de recolha de dados para investigação *online*, PsychData. Trata-se de uma plataforma especializada em recolha de dados por questionários online, gerida por profissionais. A sua apresentação e forma de construção admite diferentes tipos de questões e de resposta, os quais cobrem todos os itens dos instrumentos aplicados.

Mais especificamente, a plataforma PsychData (<http://www.psychdata.com>) foi projetada de modo a satisfazer as diretrizes da *Institutional Review Board* (IRB) das ciências sociais no que respeita à recolha de dados *online*, especialmente dirigida para a investigação em psicologia. Estes comités, também conhecidos por *Committees for Protecting Human Subjects* (CPHS), fiscalizam as pesquisas que envolvem seres humanos numa determinada instituição e existem fundamentalmente por duas razões: 1) para proteger os direitos e bem-estar das pessoas que participam em estudos de investigação; 2) para equilibrar os potenciais riscos para os participantes devido aos potenciais benefícios para a sociedade. No caso do nosso questionário, sendo a “instituição” *online*, quisemos, assim, assegurar que a plataforma escolhida cumpre todos os requisitos e diretrizes dos referidos comités.

O recurso à recolha de dados através de ferramentas *online* oferece algumas vantagens relativamente ao tradicional método de “papel e lápis”, algumas das quais foram já referidas no capítulo 5, aquando da apresentação do estudo *q-sort* realizado na plataforma e-Delphi. A ferramenta à qual recorreremos nesta fase (PsychData) apresenta as mesmas vantagens que dizem respeito a constrangimentos de tempo, constrangimentos orçamentais e à qualidade da resposta. Contudo, acrescentamos mais um conjunto de

vantagens que fundamentaram a opção de recorrer a esta forma de recolha de dados:

- a) Os métodos tradicionais de recolha de dados comportam sempre variáveis que ameaçam a integridade de dados, tais como a criação de centenas de cópias, possibilidade de perda de dados ou parte deles, múltiplos manipuladores de dados, erros ao introduzir os dados etc.. Colocando os questionários *online*, todos os dados são recebidos e mantidos num só local, sem erros de introdução ou *missings* dado que a ferramenta está preparada para reduzir os erros introduzidos pelos participantes.
- 166 b) Os servidores da plataforma escolhida estão alojados numa instalação segura de dados e são monitorizados 24 horas por dia e 7 dias por semana por operadores de rede para todos os aspetos da segurança operacional.
- c) As taxas de resposta são quase sempre superiores através da *internet* dado que está disponível e é facilmente acessível 24 horas por dia, e com um *layout* apelativo para os respondentes.
- d) A transmissão de dados pela *internet* é segura e as únicas pessoas que têm acessos aos dados são os próprios investigadores.

A plataforma encontra-se sediada no endereço: <http://www.psychdata.com>, e para a recolha de dados da presente fase do nosso estudo foi adquirido o seguinte domínio: [www.estudoterapeutas.com](http://www.estudoterapeutas.com).

O questionário final constituído pelos três instrumentos ficou disponível *online* no referido endereço (Anexo 1) por um período de três meses entre 15 de setembro e 15 de dezembro de 2012. Antes de ficar disponível para os respondentes, o questionário esteve *offline* durante duas semanas para avaliação, tendo sido testada pelos elementos da equipa de investigação e por alguns colegas a quem foi solicitada a tarefa. Foram tidas em conta várias sugestões e corrigidos diferentes aspetos, na sua maioria ligados com a apresentação e tipo de questão assumida diretamente pela ferramenta. Neste período de avaliação, o questionário foi sujeito a 101 alterações até à sua versão final.

Completada a fase de teste da plataforma, os participantes foram contactados e convidados a participar pelos meios já descritos, através das sociedades científicas ou através de contacto entre colegas. Conforme referido, o questionário ficou disponível *online* por um período de três meses, considerado adequado e suficiente para a recolha de dados.

### **6.3. Estudo da estrutura fatorial e das características psicométricas da versão portuguesa do *Therapeutic Identity Questionnaire***

Conforme mencionado anteriormente, o estudo do ThId é seguidamente apresentado na forma de artigo, visto tratar-se de um trabalho submetido para publicação num periódico internacional com revisão por pares [Couto, M., Torres, N., Farate, C., Sandell, R., Ramos, S., & Fleming, M. (submetido). A validation of the Portuguese version of the Therapeutic Identity (ThId) Questionnaire. *Psychotherapy Research*].

167

O estudo foi realizado em parceria com outros autores, nomeadamente o autor do instrumento original (Rolf Sandell), e o seu conteúdo integra também outros aspetos considerados relevantes como, por exemplo, a relação entre o estilo terapêutico e a orientação teórica e/ou a experiência clínica.

A versão portuguesa do instrumento (“Identidade psicoterapêutica: Questionário sobre formação, experiência, estilo e valores”) encontra-se em anexo (Anexo 2).

### 6.3.1. A validation of the Portuguese version of the Therapeutic Identity (ThId) Questionnaire

#### Abstract

168 This study is aimed at both the validation of the Portuguese version of the ThId and the identification of similarities and differences in the response to its subscales among therapists with different theoretical backgrounds. It is a psychometric study conducted in a sample of 252 clinicians with diverse therapeutic affiliations (psychoanalysis/psychodynamic, cognitive-behavioral, group therapy, systemic, neuropsychological). The results confirm the good internal consistency and sound factorial structure of the Portuguese language version of ThId in relation to the original (Swedish) version. Furthermore, the data displays the interaction of experience and therapeutic attitudes transversely to CBT, group therapy and psychoanalyst groups, namely the negative correlation between self-doubt and therapeutic experience and the positive correlation between insight and experience (particularly formal training as supervisor and years of practice). Moreover, the cluster analyses managed to discriminate in opposite clusters the attitudes of neutrality, insight, irrationality and affiliation to psychoanalysis, and those of adjustment, kindness, support and affiliation to CBT. In conclusion, ThId seems well fitted for future empirical research directed at a finer evaluation of the influence of therapists' factors, in interplay with other relevant process factors, on the therapeutic outcome of current psychiatric and mental health disorders.

**Keywords:** ThId, Portuguese language version, validation study, therapists' attitudes, theoretical model.

#### Introduction

Despite being amenable to experimental verification psychotherapy as a clinical discipline remains largely dependent on subjective and intersubjective factors. Besides the multitude of outcome-relevant client and relational variables, the therapist's clinical experience, individual style, theoretical orientation, cultural values, personality characteristics, and mode of relating are among the most cited therapist-related variables in the literature. These person-specific factors become particularly interesting in view of the fact that several studies have shown that the individual therapist has a significant effect on therapy results, even when the therapists in the sample have the same training, supervision and monitoring through the same manual (Huppert et al., 2001; Shapiro et al., 1989; Stiles et al., 1986). Wampold



(2001, p. 202) concluded that therapist variables are crucial in the explanation of therapeutic results and that “the essence of therapy is embodied in the therapist”. Consequently, Lambert and Ogles, (2004, p. 169) emphasize the importance of focusing research on “empirically validated psychotherapists” rather than on empirically supported treatments.

However, studies of the roles of “observable” and “observed” therapist traits (Beutler et al., 2004), such as age, sex, years of experience, theoretical orientation, or technical procedures have shown inconclusive results. Conversely, Beutler et al. (2004) suggested that studies of therapists’ values and beliefs may offer more consistent findings, namely that “(...) promising effects have been noted with respect to a variety of attitudes and values” (p. 292), referring to the importance of the subjective appraisal of values and beliefs to achieve further enlightening on the therapeutic process subtleties that make for the variation of outcome between different therapeutic models (Beutler et al., 2004; Lambert & Ogles, 2004; Okiishi et al., 2003; Sandell et al., 2000).

169

Just to mention a few, the fostering of positive treatment expectancies and of the patient’s collaboration in the therapeutic process (DeFife & Hilsenroth, 2011) an actively engaged and supportive attitude towards the patient (Heinonen et al., 2012), or the therapist’s ability to deal with the dissonance between actual therapeutic exigencies and the principles and techniques of their theoretical model (Vasco & Dryden, 1994). Moreover, Lambert and Ogles (2004) stress the decisive influence of the therapist’s attitudes and values on the outcome of the psychotherapeutic process even in manual based approaches.

In a series of studies in the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP), another relevant questionnaire, the Therapeutic Identity (ThId) was developed (Sandell et al., 2004) including a set of scales, the Therapeutic Attitudes Scales (TASC) relating to the therapist’s values and beliefs. Using the TASC (Sandell et al., 2000; Sandell et al., 2004) were able to identify four clusters of therapists based on their therapeutic attitudes. These were interpreted primarily on the basis of their associations with variables related to the therapists’ training. One was a cognitive/behavioural cluster and another consisted of therapists with classical psychoanalytic attitudes. The two remaining clusters were interpreted as consisting of therapists with more eclectic attitudes, high on scales where the cognitive/behavioral cluster was high but also high on scales where the psychoanalytic cluster was high. In a subsequent study Sandell et al. (2004) applied the TASC scales to another sample of therapists in the STOPPP. This sample was linked to a sample of patients on which we have outcome data at different stages of treatment and post-treatment. On the basis of their TASC scores these therapists were assigned to the standard, national clusters.

When these clusters were compared on the basis of the therapists' treatment results with their patients one cluster was found deviating significantly from the others. Patients in psychotherapy - but not psychoanalysis - with therapists in the psychoanalytic cluster did significantly worse than patients with therapists in the other clusters. This was interpreted as a negative transfer of psychoanalytic attitudes - and possibly also technique - onto psychotherapy, creating what we chose to call 'as-if analyses'.

170 In a further study Sandell et al., (2007) compared two groups of cases from this same sample in order to test the moderating effect of the attitudinal variables on change in symptom distress during treatment. One group of cases were in ongoing treatment, the other group had completed their treatment. Whereas the associations between the therapist's attitudes and his or her patients' symptom distress were not significantly different from 0 in the ongoing-treatment group, there was a significant multiple correlation in the post-treatment group. It was concluded that therapists' attitudes moderate the relation between treatment stage and symptom distress. In another study Sandell et al. (2006) applied latent class analysis of the therapists on the basis of the average outcomes of their patients and identified five classes that were closely and differentially linked to their TASC scores.

The ThId allows for correlational analyses of manifest traits (training therapy, professional experience, theoretical model) and subjective variables (therapeutic style, therapeutic attitudes, metatheoretical assumptions) in the same therapist. This may broaden the field of comparative analysis of factors whose contribution to therapeutic processes and outcome is often evaluated separately. Thus the purposes of the current study are the following ones: 1) to assess the psychometric properties of the Portuguese version of the ThId; 2) to ascertain similarities and differences in the response to this instrument's subscales among therapists with different theoretical orientations.

## **Method**

### ***Description of the Questionnaire***

The ThId is composed of 150 questions divided into 6 sections (A to F). The first four sections refer to: socio-demographic characteristics, academic and professional qualifications (section A); professional experience (for example, duration and extension of psychotherapeutic practice) (section B); previous personal therapy by own initiative or in professional training (section C); theoretical orientation (for example, psychoanalysis, cognitive-behavioral, cognitive, client-centered therapy, family therapy) (section D). This

last section is a Likert type scale of 5 points, and addresses the respondent's adherence to more than one theoretical model (0 = not at all to 4 = much).

The 5th section (E) is constituted by two sets of rating scales that are supposed to unveil the therapist's personal therapeutic attitudes (Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2007). The 33 items in the first set, Curative factors (E1), are ticked on Likert type scales of 5 points (0 = "not at all" to 4 = "much") and evaluate personal beliefs regarding the curative value of various aspects of psychotherapy (for example, *Helping the patient avoid anxiety-provoking situations; Working with the patient's defenses*). The 35 items in the second set, Therapeutic style (E2), describe the usual manner of conducting psychotherapy (for example, *I do not express my own feelings in the sessions; I always make the therapeutic goals explicit to myself during a therapy*), and are also ticked on five-step Likert type scales.

171

The 6th section, *Assumptions* (F), is made up of 16 items that address the therapist's private theories or assumptions on the nature of psychotherapeutic work and the human mind. These items are ticked on continuous bipolar scales with a statement or an assertion on each pole, and the respondent is to put a mark on a line to describe the balance of his agreement with the poles (for example, *Psychotherapy may be described as...a form of art / a science; Human behavior is essentially governed...by external objective factors / by internal subjective factors; Personality is determined by...heredity / environment*).

The ThId also has a final section (G) with a group of four open questions based on the *Psychotherapists Common Core Questionnaire* (Orlinsky et al., 1999), which was also translated and adapted but not included in this study as it is not directly related to our goals.

The construction of the original instrument was done through exploratory factor analyses and cross-validation of the sample until stable and interpretable factors were obtained (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004). The items in the subscales E1, E2 and F were grouped into nine factors: E1 - Curative factors (Adjustment; Insight; Kindness), E2 - Therapeutic style (Neutrality; Support; Self-doubt), F - Assumptions (Irrationality; Artistry; Pessimism). These nine subscales are collectively referred to as the TASC, the Therapeutic Attitude Scales, later revised to the TASC-2.

In the original, Swedish version five of the nine subscales (Adjustment; Insight; Kindness; Neutrality; Support) revealed satisfactory internal consistency (Cronbach's Alpha between .75 and .87); however, the remaining scales (Self-doubt, Irrationality, Artistry and Pessimism) had low internal consistency, with Alpha values between .57 and .67 (Sandell, 2010), possibly due to their low numbers of items.

An earlier pilot study for adapting the Portuguese language version of ThId has been published elsewhere (Couto et al., 2013), following the standard procedures for cross-cultural translation and adaptation of questionnaires. This pilot version revealed similar characteristics to the ones reported by Sandell (2010).

### **Participants**

Participants in the study were enrolled by either of two forms:

172 1) Via access to the databases of five societies of psychotherapy which offer the training and qualification of psychotherapists in Portugal. The directive boards of these societies were invited to collaborate in the study, and contacted all their members by email. The following associations collaborated in this study: Portuguese Society of Psychoanalysis (SPP), which has 205 members; Portuguese Association of Cognitive-Behavioral Therapy (APTCC), with 835 members; Portuguese Society of Psychodrama, with 485 associates; Portuguese Association of Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy (APPP), with 234 associates; EMDR Portuguese Association (AEMDRP); with 75 members. These associations have sent 3 reminders of emails to their associates and members' database addresses;

2) Via snowball sampling, both through email and personal contact with colleagues, and by the announcement of the study in the meeting of the European and UK chapters of the Society for Psychotherapy Research held at Oporto, Portugal, in October 2012.

In both cases the emails and announcements contained a brief explanatory paragraph on the objectives of the study and instructions for participating. The survey with the ThId was hosted on-line on the World Wide Web in the PsychData platform for surveys (<http://www.psychdata.com>), and the platform for the current study was hosted in a domain with the address [www.estudoterapeutas.com](http://www.estudoterapeutas.com). The survey was available on-line between 15th September and 15th December 2012.

After the closure of the survey there were 302 respondents, and the final participants were selected according to the following criteria: a) had completed the training for practicing psychotherapy at least one year before, b) was a member/associate of a professional society of psychotherapy, c) had basic academic training in the mental health field, d) completed the whole questionnaire. Based on these criteria 252 participants were included in the current study.

There were no significant differences between respondents in age, gender, basic

academic training, formal training as supervisor and having done or not a personal psychotherapy between the respondents who did and those who did not completed the whole questionnaire.

Thus, two hundred and fifty two respondents participated in the survey, 186 were female (73.8%) and 66 male (26.2%); their age ranged from 25 to 73 years ( $M = 42.1$ ;  $SD = 10.2$ ). There were no significant differences in age by gender. As to their basic academic training, 231 participants (91.7%) were psychologists, 16 participants (6.3%) were medical doctors, 4 participants (1.6%) were social workers, and 1 participant (0.4%) was a psychiatric nurse; out of the total sample, 112 participants (44.4%) had post-graduation academic degrees (MSc and PhD). The distribution of their main psychotherapeutic training by different approaches is shown in Table 1. Additionally 159 respondents (63.1%) have additional psychotherapeutic training in other forms of therapy other than their main affiliation.

173

**Table 1.** Respondents' main psychotherapeutic training

	<i>n</i>	%
Psychoanalysis	85	33.7
Cognitive Behavioral Therapy	84	33.3
Group therapy (Psychodrama, etc.)	30	11.9
Family/Couples therapy	21	8.3
Neuropsychological therapies (EMDR, etc.)	23	9.1
Person-Centered therapy	5	2.0
Bonding psychotherapy	1	0.4
Gestalt therapy	1	0.4
Unspecified	2	0.8
Total	252	100

The participants had been doing clinical work with patients for 13.6 years at an average ( $SD = 8.9$ ). Meaning that they had an average 5.0 years of practice ( $SD = 6.6$ ) before license/end of formal training and another 8.6 years of practice ( $SD = 7.7$ ) after completing license/ formal training.

The vast majority ( $n = 206$ ; 81.8%) had been in supervision during the past 12 months, either regularly (41.3%) or occasionally (40.5%), and less than half had supervised colleagues regularly ( $n = 35$ ; 13.9%) or occasionally ( $n = 60$ ; 23.8%) in the last year, however not more than 68 participants (27%) had any formal training to do supervision.

Personal therapy is not compulsory for some forms of licensing as psychotherapist in Portugal (although it is compulsory for psychoanalysis and for certain modalities of group psychotherapy). Nevertheless, the vast majority of participants ( $n = 207$ ; 82.1%) had been in personal psychotherapy.

## Results

174 First, in order to test the uni-dimensionality of the TASC-2 scales, the pools of items of each of the three scales of the sections E1, E2 and F were separately submitted to principal components analyses. All scales showed a clear unifactorial structure by the scree test.

For each scale all items with loadings  $< |.40|$  were deleted from the Portuguese version. The resulting scales and their internal consistencies of the Portuguese and original versions of the TASC subscales are shown in Table 2.

**Table 2.** Internal consistencies (Cronbach's Alpha) of the Portuguese version original and the Swedish version

Section	Factor	Portuguese version	Original Swedish version (Sandell et al, 2004; 2007)
E1. Curative Factors	Adjustment	.85	.83
	Insight	.85	.87
	Kindness	.83	.82
E2. Therapeutic Style	Neutrality	.74	.79
	Support	.70	.75
	Self-doubt	.69	.50
F. Basic Assumptions	Irrationality	.68	.67
	Artistry	.55	.57
	Pessimism	.50	.57

In order to compare the intercorrelations among the scales in both versions of the questionnaire, we present Table 3. Fairly similarly to the Swedish version, correlations appear to cluster the scales in two groups. Adjustment, Support, and Kindness formed one group, Insight, Neutrality, and Irrationality a second one. In general the variables in the one cluster were negatively correlated with those in the other.

**Table 3.** Correlations among the Therapeutic Attitude Scales in the Portuguese sample ( $N = 252$ ; above the diagonal) and Swedish sample ( $N = 227$ ; below the diagonal; Sandell et al 2004)

	Adjust- ment	Support- iveness	Kindness	Neutrality	Insight	Self- doubt	Irration- ality	Artistry	Pessi- mism
Adjustment	-	.56**	.64**	-.26**	-.07	.03	-.43**	-.18*	.13*
Supportiveness	.68**	-	.44**	-.11	-.06	-.08	-.24**	-.15*	.01
Kindness	.47**	.43**	-	-.23**	.02	.17**	-.22**	.07	.09
Neutrality	-.33**	-.25**	-.11	-	.21**	.19**	.08	-.04	.04
Insight	-.12	-.10	.21**	.41**	-	.01	.37**	.12	-.03
Self-doubt	.01	.00	.09	.01	.04	-	.02	.31**	.26**
Irrationality	-.31*	-.25**	-.18*	.13	.05	.03	-	.20**	.04
Artistry	-.11	-.09	.06	-.07	.09	.04	.34**	-	.10
Pessimism	.15	.12	.11	-.08	-.11	.11	.05	.06	-

\* $p < .05$ , two-tailed; \*\* $p < .01$ , two-tailed.

175

### ***Relations Between Therapeutic Attitudes and Demographic Characteristics***

Age was associated with less Neutrality ( $r = -.124$ ;  $p < .05$ ) and more Irrationality ( $r = .124$ ;  $p < .05$ ). Female therapists had higher scores than male therapists in Kindness ( $F [1. 251] = 7.02$ ;  $p = .009$ ) and in Adjustment ( $F [1. 251] = 5.61$ ;  $p = .019$ ).

### ***Relations Between Therapeutic Attitudes and Theoretical Orientation***

The nine items about theoretical orientation from section C were transformed to their principal components, which extracted three factors with eigenvalues higher than 1 and explaining 75% of the total variance: CBT (3 items), Psychoanalysis (3 items) and Group/Systemic/Client-centered (3 items). The 3 factors (plus the EMDR theoretical orientation question which did not load  $> |.40|$  but is important to include) were then correlated with the TASC subscales. Results are show in Table 4.

Curiously enough, the Psychoanalysis group scored positively for Insight ( $r = .43$ ;  $p < .01$ ), Neutrality ( $r = .28$ ;  $p < .01$ ) and Irrationality ( $r = .36$ ;  $p < .01$ ) and negatively for Adjustment ( $r = -.36$ ,  $p < .01$ ) and Kindness ( $r = -.25$ ;  $p < .01$ ), whereas the CBT group scored positively for the latter 2 attitudes [Adjustment ( $r = .38$ ;  $p < .01$ ), Kindness ( $r = .29$ ;  $p < .01$ )] and negatively for 2 of the former attitudes [Insight ( $r = -.30$ ,  $p < .01$ ), Irrationality ( $r = -.36$ ;  $p < .01$ )]. Also Neutrality seems to be a negatively correlated attitude both for the Neuropsychological ( $r = -.29$ ;  $p < .01$ ) and the Group/ Systemic/client centered ( $r = -.26$ ;  $p < .01$ ) groups of participants.



### ***Relations between Therapeutic Attitudes and Therapeutic Experience***

Associations between the TASC scales and aspects of therapeutic experience were studied for each self-assigned basic school of psychotherapy training of the participants (Psychoanalysis, CBT, Group Therapies, Family/Couple therapies, and EMDR). To assess therapeutic experience two variables were used: total number of years of experience as a therapist, and having formal training as supervisor.

176 In the psychoanalysis group of participants ( $n = 84$ ), Self-doubt was negatively correlated both with years of experience ( $r = -.39^{**}$ ) and having formal training as a supervisor ( $r = -.25^*$ ). In the CBT group ( $n = 84$ ) having formal training as a supervisor was positively correlated with Insight ( $r = .23^*$ ) and Irrationality ( $r = .24^*$ ) and negatively with Self-doubt ( $r = -.32^{**}$ ), and total years of practice was marginally correlated with Artistry ( $r = .21^*$ ). In Group Therapies ( $n = 30$ ) total years of practice was correlated with Insight ( $r = .40^*$ ) and Irrationality ( $r = .50^{**}$ ). In the Family Therapies ( $n = 21$ ) and EMDR ( $n = 23$ ) groups of participants there were no significant correlations.

Quite interestingly then, higher experience both among the CBT therapist and the Group therapists is correlated with two subscales that are typical of Psychoanalysis and are not typical of either CBT or Group Therapies, as can be seen in Table 4.

**Table 4.** Correlations between theoretical orientation factor scores and scores on the TASC scales

	Theoretical Orientation			
	Psychoanalysis	Cognitive-behavioral	Group/Systemic /Client-centered	Neuro-psychological
Adjustment	-.36**	.38**	.15*	.31**
Insight	.43**	-.30**		
Kindness	-.25**	.29**		.25**
Neutrality	.28**		-.26**	-.29**
Support	-.24**	.14*	.16*	.25**
Self-doubt		.24**	-.14*	-.20**
Irrationality	.36**	-.36**		
Artistry	.14*			-.14*
Pessimism	-.16**	.24**		

\*  $p < .05$ , two-tailed; \*\*  $p < .01$ , two-tailed. Empty cells had non-significant correlation coefficients.

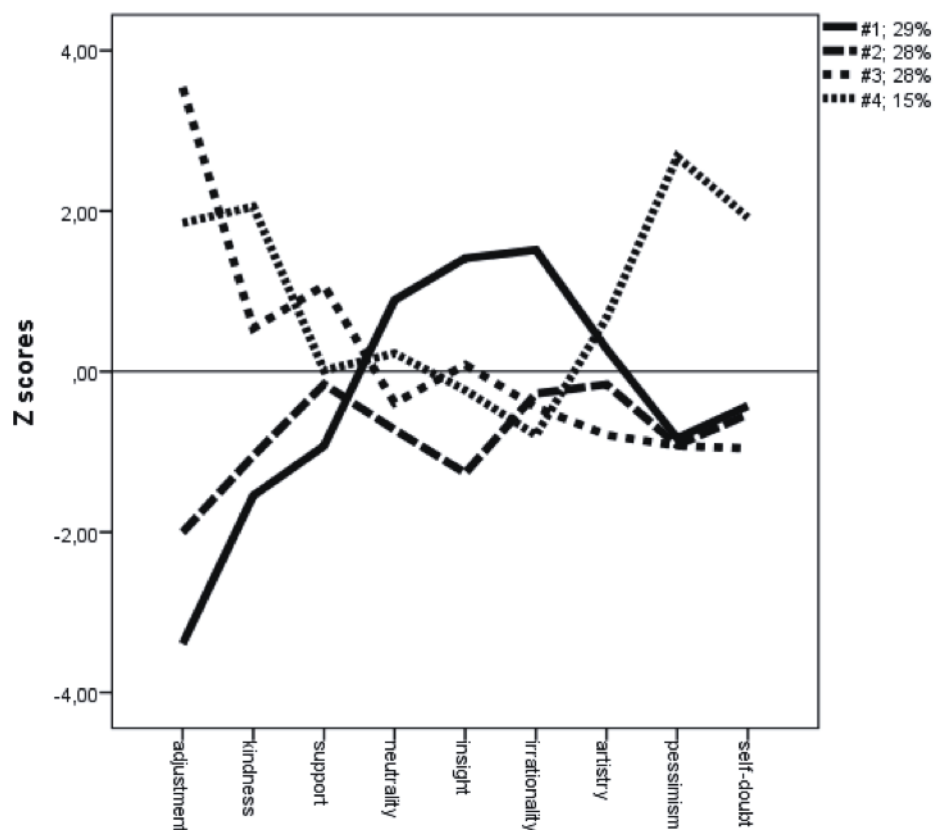


We also performed partial correlations between the two therapeutic experience variables and the TASC scales, controlling for all theoretical orientations. Self-doubt was both negatively correlated with formal training as supervisor ( $r = -.13^*$ ) and total years of practice ( $r = -.14^*$ ). Having training as a supervisor was positively correlated with Irrationality ( $r = .13^*$ ). Thus, independently of theoretical orientation, more experience was associated with less Self-doubt and with more Irrationality, which is apparently contradictory but may represent a higher tolerance to the uncertainties of the human behavior.

### Assignment of Theoretical Orientation on the Basis of Therapeutic Attitudes

177

A latent class analysis using the Latent Gold (LG) software (Vermunt & Magidson, 2005) on the TASC scales yielded a four-cluster solution according to the minimum Bayes Information Criterion (BIC). The cluster model is shown in Figure 1, where the TASC scales are reordered so as to yield a more easily interpretable image.



**Figure 1.** Score profiles for the four latent classes across the TASC scales.

According to the model, cluster #1 consists of 29% of the 252 therapists and has a profile which obviously conforms to a traditional psychoanalytic frame of reference, high on

Neutrality, Insight, and Irrationality, and low on Adjustment, Kindness and Support. Cluster #2, with 28%, is also low on Adjustment, Kindness and Support but also on Neutrality, Insight, and Irrationality. Clusters #3 and 4, 28 and 15%, respectively, both appear more or less as mirror images of cluster #1, high on Adjustment, Kindness and Support and low on Neutrality, Insight, and Irrationality. They differ dramatically on two scales, however, where cluster #4 has very high scores on Pessimism and Self-doubt.

178 Neither therapist age, nor gender, nor therapists' basic academic training, nor number of years in psychotherapy practice was associated with cluster membership. In contrast, psychotherapy training approach and clusters were closely linked,  $\chi^2(N = 252; df = 15) = 131.00$ . Likewise, type of therapy practised was strongly associated with cluster membership,  $\chi^2(N = 252; df = 18) = 134.41$ . In cluster #1, respondents practising psychoanalysis or psychodynamic therapy were strongly over-represented (Standardized Adjusted Residual; SAR = 7.0 and 4.7), whereas CBT therapists were strongly under-represented, SAR = -6.1. In cluster #2, there was a significant over-representation of person-centered therapists, SAR = 2.7, however based on a very small number of observations. Psychodynamic or psychoanalytic practitioners were significantly under-represented, SAR = -2.6 and -2.0. Cluster #3 had a significant over-representation of therapists classified as practising neuropsychological therapies, SAR = 3.7, and again, an under-representation of psychoanalysts, SAR = -2.3. Finally, in cluster #4 there was a strong over-representation of CBT-trained therapists, SAR = 6.8, and, once again, an under-representation of psychoanalytically trained ones, SAR = -4.0.

A classification of the therapists on the basis of self-assigned affiliation in three categories, psychoanalytically oriented, CBT-oriented, and humanistically oriented (experiential and person-centered), was also strongly associated with cluster membership,  $\chi^2(N = 237; df = 6) = 131.84$ . Whereas 90% of the psychoanalytically oriented belonged to cluster #1, SAR = 10.4, and 47% of the humanistic therapists to cluster #2, SAR = 3.7, CBT-oriented therapists were fairly evenly distributed with around 30% each in clusters #2, 3, and 4, although with a strong over-representation in cluster #4, with 87%, SAR = 6.3.

## Discussion

It is important to keep in mind that the main operational objective of the current study was to evaluate the psychometric properties (internal consistency and factorial structure) of the Portuguese language version of ThId and match them with the original (Swedish) version. Results confirmed that, after performing a few

minor adjustments in the principal components analyses for each subscale, the internal consistencies (Cronbach Alpha) across all the subscales were quite alike in both versions. Furthermore the interrelations among the subscales showed a similar factor alignment in the two TASC clusters identified and weak correlations were also found between therapeutic attitudes and demographic characteristics (age and gender). This seems to account for the consistency of the psychometric construct when tested with different sets of therapists, in different sites and cultural backgrounds, and in a relatively large time-interval (Sandell, 2010; Sandell et al., 2004).

179

Turning now to the unveiling of the interaction of experience and therapeutic attitude across therapists of different theoretical orientation, data of this study shows both expected and unexpected results. Among the first, and transversely to the CBT and psychoanalyst groups, the negative correlation between self-doubt and therapeutic experience (particularly formal training as supervisor). On the side of the unexpected results we found the association of formal training as supervisor and insight among the CBT participants, and the positive correlation between irrationality and supervising skills independently of theoretical orientation.

Even pondering the possible influence of new, more narrative and emotion focused, models of cognitive approach to therapeutic practice and a possible eclectic trend between both psychoanalyst/psychodynamic and CBT participants in the study, the above data can be matched with the classic conclusions of Sandell et al. (2000), after the results of the STOPP study, on the primacy of individual therapeutic style over theoretical orientation. Also, with the reflections of Morgan-Jones and Abram (2001) and Greenberg (2011), among other authors, about the trend towards a relative proximity of some procedures and setting arrangements between different theoretical models under the double pressure of evidence-based therapeutic effectiveness plea and more and more challenging mental and psychiatric disorders, or Smith, Kleijn and Hutschemaekers (2007, p. 39) assertion that “Therapeutic style is time and context dependent”.

Nevertheless the fact that the cluster analyses succeeded in assigning to different clusters the main features of the therapeutic style of two of the theoretical models, by bringing together in one of them Neutrality, Insight, Irrationality and psychoanalysis/psychodynamic affiliation, and in another Adjustment, Kindness, Support and CBT affiliation, can be taken as confirmatory of the influence the therapist’s subjective allegiance to a certain therapeutic style exerts on his/her daily clinical practice (Butler & Strupp, 1986; Lambert & Ogles, 2004; Sandell et al., 2000).

Finally even if this study' design hasn't include any outcome measure, being focused, as previously stated, in the validation of the Portuguese language version of the ThId in a large sample of clinicians with diverse therapeutic affiliations, its results seem to endorse both the psychometric qualities and the empirical usefulness of ThId. Future therapeutic research may be directed at a finer evaluation of the direct and indirect (secondary, mediated) influence of therapists' factors, in interplay with other relevant process factors, on the therapeutic outcome of current psychiatric and mental health disorders.

## 6.4. Estudo da estrutura fatorial e das características psicométricas da versão portuguesa da *Feeling Checklist*

### 6.4.1. Análise estatística

Previamente à aplicação das análises estratégicas consideradas para o estudo da validade de construto e fiabilidade da *Feeling Checklist*, foram aplicados procedimentos analíticos exploratórios. Deste modo, para averiguar a tendência das respostas dadas pelos sujeitos da amostra, efetuou-se o cálculo, item a item, de algumas medidas descritivas, especificamente média, desvio-padrão, mínimo e máximo (Almeida & Freire, 2008).

181

Adicionalmente, foram averiguadas as condições que permitem e viabilizam a aplicação da análise fatorial. Em primeiro lugar, atendeu-se ao número total de sujeitos que compõem a amostra do presente estudo. Neste domínio, foram consideradas as orientações que referem, por um lado, um rácio mínimo de 5 sujeitos para cada item e, por outro lado, o número absoluto não inferior a 100 sujeitos (Hair et al., 2009; Moreira, 2009; Pestana & Gageiro, 2005). Em segundo lugar, procedeu-se a uma avaliação da “qualidade” das correlações entre as variáveis. Na medida em que a análise fatorial parte das correlações existentes entre os itens para a identificação de construtos ou fatores latentes, procurou-se assegurar um nível aceitável de correlação, bem como averiguar a possibilidade de existirem itens excessivamente correlacionados, isto é, multicolineares. Situações onde se verifiquem níveis reduzidos de correlação entre as variáveis (i.e., itens singulares que não partilhem fatores comuns) e/ou níveis elevados de correlação (i.e., multicolineares) exigem uma análise e cuidado, no sentido de ser assegurada apenas a manutenção de itens que efetivamente contribuem para a qualidade da matriz (Almeida & Freire, 2008; Field, 2009; Moreira, 2009; Pestana & Gageiro, 2005; Tabachnick & Fidell, 2007). Neste âmbito preliminar, foram considerados os indicadores facultados pela matriz de correlação das variáveis<sup>25</sup> e pelo coeficiente de correlação de Pearson entre a pontuação dos itens e o total da escala<sup>26</sup> (Almeida & Freire, 2008).

Para a avaliação das qualidades psicométricas da *Feeling Checklist*, considerou-se, por um lado, a validade de construto e, por outro, a fiabilidade. No que se refere à validade

25 Segundo Hair et al. (2009), e ainda Tabachnick e Fidell (2007), quando nenhuma correlação excede o valor de .30, a utilização da análise fatorial é questionável ou inapropriada. Adicionalmente, a identificação de variáveis que não se correlacionam com nenhuma outra deve conduzir à sua exclusão antes da aplicação da análise fatorial. Variáveis que apresentam coeficientes de correlação com valores superiores a .90 podem ser consideradas multicolineares (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007).

26 Segundo Almeida e Freire (2008), tende a ser exigido um coeficiente não inferior a .20.

de construto, esta tem como objetivo avaliar o grau em que os resultados obtidos com um instrumento de medida, para uma determinada amostra, permitem extrair os conceitos teóricos que lhe estão subjacentes (Almeida & Freire, 2008; Fink & Kosecoff, 1985; Nunnally, 1978; Pasquali, 2007). Neste sentido, para avaliar a validade das variáveis observadas, isto é, se estas medem (ou não) os fatores teoricamente definidos (Pestana & Gageiro, 2005), recorreu-se à análise fatorial exploratória pela aplicação do método de extração em componentes principais (Marôco, 2011; Moreira, 2009; Tinsley & Tinsley, 1987). Na análise ao número de fatores a reter foi considerado um conjunto de critérios empíricos e teóricos. No que se refere aos critérios de natureza empírica, atendeu-se designadamente ao critério de Kaiser (*eigenvalues* superiores a 1; Kaiser, 1960), ao teste *scree* de Cattell (Cattell, 1966), à análise paralela<sup>27</sup> (Enzmann, 1997; Horn, 1965; Lautenschlager, 1989; Williams, Brown, & Onsman, 2012) e à percentagem de variância explicada pelo conjunto de fatores a extrair (Tinsley & Tinsley, 1987). Relativamente aos critérios de natureza qualitativa, atendeu-se ao nível de interpretabilidade da solução fatorial tendo em conta o quadro conceptual do qual se partiu (Moreira, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). No que se refere ao método de rotação, foi utilizada a ortogonal *varimax* (Marôco, 2011; Moreira, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007).

Na análise ao contributo dos itens em termos da sua representatividade dos fatores avaliadas, considerou-se como mínimo de saturação fatorial para a sua retenção o valor de .40 (Stevens, 2009).

Para a análise à fiabilidade da escala, recorreu-se à medida da consistência interna, através do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach para cada um dos fatores extraídos (Cronbach, 1951; Cronbach, 1970). Atendendo a um conjunto de comentários que têm vindo a questionar a validade do cálculo da consistência interna através do Alfa de Cronbach (Marôco & Garcia-Marques, 2006), considerou-se igualmente a aplicação do cálculo da Fiabilidade Compósita (FC), tal como é definida por Fornell e Larcker (1981) e também suportada por outros autores (Hair et al., 2009; Marôco, 2010).

Procedeu-se ainda ao cálculo das intercorrelações dos fatores retidos através do coeficiente de correlação de Pearson.

---

27 O critério da análise paralela envolve a comparação dos valores próprios de uma matriz de correlação de dados aleatórios com os da matriz empírica, atendendo a uma igualdade de número de variáveis e de dimensão da amostra. Para a retenção de fatores empíricos, são considerados aqueles que apresentam valores próprios superiores aos dos fatores paralelos, calculados com base em dados aleatórios. Na medida em que se consideram com origem no erro da amostra, os fatores com valores próprios empíricos iguais ou inferiores aos aleatórios não são considerados para retenção e interpretação (Zwick & Velicer, 1986). A identificação dos valores próprios aleatórios foi conduzida através das simulações da Monte Carlo, com recurso ao programa informático *Monte Carlo PCA for Parallel Analysis* (Watkins, 2000, 2006).

No sentido de se proceder a uma caracterização da amostra com base nas dimensões extraídas da *Feeling Checklist*, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva. Neste âmbito, foram consideradas medidas de tendência central e de dispersão. Para o processo de cálculo, foram utilizadas as pontuações médias não ponderadas (i.e., simples) dos fatores retidos para a *Feeling Checklist* (Hair et al., 2009; Moreira, 2009; Pestana & Gageiro, 2005).

#### 6.4.2. Resultados

183

A Tabela 6.1 apresenta as medidas descritivas de cada um dos itens que compõem a *Feeling Checklist*. A média mais reduzida é apresentada pelo item “Indiferente” ( $M = 1.04$ ;  $DP = .21$ ), seguido pelos itens “Envergonhado/a” ( $M = 1.06$ ;  $DP = .32$ ), “Paralisado/a” ( $M = 1.06$ ;  $DP = .26$ ) e “Frio/a” ( $M = 1.08$ ;  $DP = .31$ ). A média mais elevada é verificada para o item “Aberto/a” ( $M = 3.13$ ;  $DP = .69$ ), ao qual se segue o item “Serenoso/a” ( $M = 3.10$ ;  $DP = .68$ ).

**Tabela 6.1.** Medidas descritivas para o conjunto de itens da *Feeling Checklist*

Itens	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Brincalhão/Brincalhona	1	4	2.08	.59
Indiferente	1	2	1.04	.21
Aberto/a	1	4	3.13	.69
Serenoso/a	1	4	3.10	.68
Frio/a	1	4	1.08	.31
Nervoso/a	1	4	1.20	.48
Sensibilizado/a	1	4	2.62	.70
Impotente	1	3	1.50	.61
Neutro/a	1	4	2.06	.77
Satisfeito/a	1	4	2.63	.65
Envergonhado/a	1	4	1.06	.32
Caloroso/a	1	4	2.76	.76
Contente	1	4	2.38	.70
Aborrecido/a	1	3	1.19	.45
Relaxado/a	1	4	2.52	.78
Sobrecarregado/a	1	4	1.51	.47

Irritado/a	1	4	1.18	.47
Calmo/a	1	4	2.88	.81
Entusiasmado/a	1	4	2.50	.75
Tenso/a	1	4	1.21	.48
Surpreendido/a	1	4	1.92	.76
Enérgico/a	1	4	2.19	.73
Paralisado/a	1	3	1.06	.26
Liberto/a	1	4	2.56	.78

Atendendo às condições preliminares averiguadas para a aplicação da análise fatorial, é de referir que a amostra do presente estudo é considerada aceitável, quer face ao critério de número total de sujeitos ( $N = 252 > 100$ ), quer face ao critério de rácio de sujeitos por item (10.42) (Hair et al., 2009; Moreira, 2009; Pestana & Gageiro, 2005).

No que se refere à avaliação prévia da qualidade das correlações entre as variáveis, através da matriz de correlação das variáveis, foi possível verificar que todos os itens se apresentam correlacionados com todos os outros. Considerando a possibilidade de existência de multicolinearidade, constatou-se que nenhum coeficiente de correlação apresenta um valor superior a .90 (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). O valor mais elevado de .64 refere-se ao coeficiente de correlação entre os itens “Entusiasmado/a” e “Contente”. Atendendo ao coeficiente de correlação de Pearson entre a pontuação dos itens e o total da escala, foi possível constatar que os itens “Neutro/a” e “Indiferente” apresentavam um coeficiente de correlação muito reduzido, respetivamente .09 e .12, ambos inferiores a .20, pelo que foi tomada a decisão de se proceder à sua exclusão (Almeida & Freire, 2008). Desde modo, a análise fatorial foi levada a cabo com um conjunto total de 22 itens.

### Validade de construto e fiabilidade

Os indicadores facultados pela medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) e pelo teste de esfericidade de Bartlett permitiram, igualmente, concluir pela possibilidade de utilização da análise fatorial. Um valor de .786 para o teste de KMO constitui um indicador de um nível satisfatório de adequação da amostra, assim como da existência de padrões de relações suscetíveis de fazerem emergir fatores válidos (Field, 2009; Pestana & Gageiro, 2005; Reis, 2001). O resultado obtido pelo teste de Bartlett [ $\chi^2(231) = 1093.431$ ,  $p < .001$ ] permite constatar que a matriz de correlação



das 22 variáveis se distingue da matriz de identidade, pelo que as intercorrelações, tomadas no seu conjunto, diferem significativamente de zero (Field, 2009; Pestana & Gageiro, 2005; Reis, 2001).

Pela aplicação da análise fatorial, obteve-se uma solução inicial por extração livre. Num primeiro momento, efetuou-se o estudo ao número de fatores a reter, tendo como base os critérios empíricos e teóricos considerados. O conjunto de critérios empíricos (critério de Kaiser; teste *scree* de Cattell; análise paralela) apontou, consensualmente, para a retenção de quatro fatores. O Tabela 6.2 apresenta os resultados obtidos na análise paralela. Verificamos que o ponto de corte é estabelecido no fator 5, o que aponta para a retenção de 4 fatores (Watkins, 2006; Williams et al., 2012).

185

**Tabela 6.2.** Resultados da análise paralela para a *Feeling Checklist*

Valor próprio*	Fatores (N = 252)				
	1	2	3	4	5
Empírico	4.834	2.381	1.551	1.331	1.171
Aleatório	1.565	1.471	1.394	1.326	1.276

\*Valores próprios aleatórios calculados com base numa amostra de 252 participantes para 22 variáveis com 99 simulações.

Do ponto de vista teórico, considerou-se, assim, que uma solução estrutural a quatro fatores seria interpretável e útil em termos de contributos científicos (Moreira, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). Neste sentido, procedeu-se a uma solução forçada a quatro fatores, com a aplicação do método de rotação ortogonal *varimax*. Com o intuito de se reterem os itens com os maiores contributos para a validade da medida, eliminou-se o item “Frio/a”, dado que apresentava uma saturação fatorial inferior a .40 (Stevens, 2009). Especificamente, a sua saturação fatorial mais elevada correspondia a .29 no quarto fator. Adicionalmente, procedeu-se à eliminação do item “Liberto”, na medida em que apresentava características de um item complexo, saturando em simultâneo em mais do que um fator com uma diferença inferior a .10 (Hair et al., 2009; Tabachnick & Fidell, 2007). Concretamente, este item saturava no primeiro e segundo fatores com um valor de .42 e .45, respetivamente. Com o intuito de tornar a solução estrutural mais harmoniosa e parcimoniosa, facilitando a interpretabilidade e atribuição de sentido aos fatores emergentes, foi tomada como decisão a eliminação de mais dois itens, designadamente os itens “Impotente” e “Sobrecarregado”,

uma vez que os seus valores mais elevados de saturação fatorial apresentavam um sentido negativo (ambos com saturação no segundo fator). Constatou-se, ainda, que não estavam a contribuir para uma clara definição conceptual e consistência empírica da subescala (Moreira, 2009).

186 Para o conjunto final, composto por 18 itens, os quatro fatores retidos explicam 49.96% da variância total. Após a rotação, o primeiro fator apresenta um *eigenvalue* de 2.857, explicando 15.87% da variância. O segundo fator com um *eigenvalue* de 2.609 explica 14.50% da variância, enquanto o terceiro apresenta um *eigenvalue* de 1.840 e explica 10.22% da variância. Por último, o quarto fator com um *eigenvalue* de 1.685 explica 9.36% da variância. Adicionalmente, o primeiro fator é saturado acima de .45 por um conjunto de 8 itens, cujos valores de comunalidades variam entre .24 e .64. O segundo fator é saturado acima de .62 por um conjunto de 4 itens, variando as suas comunalidades entre .53 e .69. O terceiro fator, saturado acima de .63, é composto por 3 itens, cujas comunalidades variam entre .43 e .65. Por último, o quarto fator é saturado acima de .63 por 3 itens, com comunalidades que variam entre .42 e .57. A Tabela 6.3 apresenta o conjunto dos resultados.

**Tabela 6.3.** Resultados da análise fatorial, com rotação *varimax*, para a *Feeling Checklist* ( $N = 252$ )

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	$h^2$
<b>Fator 1 – Positivo-caloroso</b>					
Entusiasmado/a	<b>.72</b>	.35	-.02	-.02	.64
Contente	<b>.72</b>	.33	-.06	-.14	.64
Brincalhão/brincalhona	<b>.66</b>	-.05	-.19	.10	.49
Caloroso/a	<b>.65</b>	.20	.00	-.05	.47
Satisfeito/a	<b>.48</b>	.32	-.10	-.29	.43
Enérgico/a	<b>.45</b>	.25	-.18	.30	.39
Surpreendido	<b>.45</b>	-.12	.17	-.04	.24
Sensibilizado/a	<b>.45</b>	.09	.30	.06	.30
<b>Fator 2 –Positivo-sereno</b>					
Sereno	.08	<b>.82</b>	.02	-.12	.69
Calmo/a	.19	<b>.75</b>	-.16	-.17	.66
Aberto/a	.22	<b>.65</b>	.23	-.08	.53
Relaxado/a	.14	<b>.62</b>	-.30	-.20	.53

**Fator 3 –Negativo-paralisado**

Nervoso/a	-.11	.04	<b>.78</b>	.17	.65
Paralisado/a	.05	.00	<b>.66</b>	-.03	.44
Tenso/a	.00	-.16	<b>.63</b>	.05	.43

**Fator 4 –Negativo-aborrecido**

Aborrecido/a	-.12	-.07	-.05	<b>.74</b>	.57
Irritado/a	.03	-.28	.08	<b>.64</b>	.50
Envergonhado/a	.04	-.01	.16	<b>.63</b>	.42
Valor próprio	2.857	2.609	1.840	1.685	
% Variância	15.87	14.50	10.22	9.36	
Total de % variância		49.96			

187

Para cada fator extraído, as saturações fatoriais mais elevadas encontram-se em realce.

No que se refere à avaliação da fiabilidade da *Feeling Checklist*, verificou-se que quer o primeiro, quer o segundo fatores apresentam valores de Alfa de Cronbach .75, traduzindo um nível razoável de consistência interna, dado serem superiores a .70 (Hill & Hill, 2005; Nunnally, 1978; Pestana & Gageiro, 2005). O terceiro e quarto fatores apresentam valores de Alfa de Cronbach .57 e .53, respetivamente, o que aponta para um nível de consistência interna fraco.

Uma vez que a fiabilidade ou consistência interna avaliada através do Alfa de Cronbach tem vindo a ser questionada sobretudo em estruturas multifatoriais (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Osburn, 2000), procedeu-se ao cálculo de uma medida alternativa, designadamente a Fiabilidade Compósita (FC) (Fornell & Larcker, 1981). Os resultados de consistência interna obtidos através da FC mostraram que o primeiro fator apresenta um valor de .86, enquanto o segundo de .87, o terceiro de .82 e o quarto de .80. Todos os valores constituem indicadores apropriados de fiabilidade, isto é,  $FC > .70$  (Hair et al., 2009; Marôco, 2010).

Através da Tabela 6.4 apresentam-se ainda os valores das correlações entre cada item e o fator correspondente, bem como os resultados para o Alfa de Cronbach se item retirado. As correlações entre cada item e o respetivo fator situam-se entre .23 e .66 (todos  $> .20$ ), indicando uma qualidade satisfatória dos itens na contribuição que fornecem para a constituição da medida (Almeida & Freire, 2008). Adicionalmente, pela análise ao Alfa se item retirado, é passível de se constatar que apenas a remoção dos itens “Surpreendido/a”

(fator 1), “Aberto/a” (fator 2) e “Envergonhado” (fator 4) permitiriam um relativo aumento do valor de Alfa, não alterando, no entanto, o seu quadro de avaliação qualitativa. Neste sentido, tomou-se como decisão a manutenção desses mesmos itens na estrutura dos respetivos fatores.

**Tabela 6.4.** Análise da consistência interna, pelo coeficiente de Alfa de Cronbach e Fiabilidade Compósita, da *Feeling Checklist*

188

	Correlação item-fator	Alfa se item retirado	Alfa de Cronbach	Fiabilidade compósita (FC)
<b>Fator 1 – Positivo-caloroso</b>			.75	.86
Entusiasmado/a	.66	.67		
Contente	.64	.68		
Brincalhão/brincalhona	.43	.72		
Caloroso/a	.53	.70		
Satisfeito/a	.43	.72		
Enérgico/a	.36	.74		
Surpreendido	.23	.76		
Sensibilizado/a	.29	.75		
<b>Fator 2 – Positivo-sereno</b>			.75	.87
Sereno	.60	.66		
Calmo/a	.66	.61		
Aberto/a	.40	.76		
Relaxado/a	.52	.70		
<b>Fator 3 – Negativo-paralisado</b>			.57	.82
Nervoso/a	.38	.48		
Paralisado/a	.34	.49		
Tenso/a	.43	.32		
<b>Fator 4 – Negativo-aborrecido</b>			.53	.80
Aborrecido/a	.41	.31		
Irritado/a	.40	.31		
Envergonhado/a	.24	.57		

Para as designações atribuídas a cada um dos fatores, considerou-se, por um lado, o quadro teórico de referência e, por outro, os itens marcadores de cada fator. Ou seja, aqueles que apresentam valores de saturação fatorial elevados e, ao mesmo tempo,

representam ou refletem o significado do conjunto de variáveis que integram o mesmo fator em termos conceituais (Hair et al., 2009; Moreira, 2009), e ainda os que poderiam conservar a designação da escala original. Deste modo, ao primeiro fator foi atribuída a denominação de “Positivo-caloroso”, ao segundo de “Positivo-sereno”, o terceiro foi denominado de “Negativo-paralisado” e, por último, o quarto assumiu a designação de “Negativo-aborrecido”.

Na Tabela 6.5 são apresentadas as correlações entre os fatores da *Feeling Checklist*. Constata-se que os fatores “Positivo-caloroso” (fator 1) e “Positivo-sereno” (fator 2) se encontram intercorrelacionados de forma positiva e significativa (.46,  $p < .01$ ). O mesmo se verifica (com igual sentido) entre os fatores “Negativo-paralisado” (fator 3) e “Negativo-aborrecido” (fator 4) (.18,  $p < .01$ ). Adicionalmente, verifica-se uma correlação negativa entre os fatores “Positivo-sereno” (fator 2) e “Negativo-aborrecido” (fator 4) (-.30,  $p < .01$ ), bem como entre aquele primeiro e o fator “Negativo-paralisado” (fator 3) (-.16,  $p < .05$ ). Os restantes valores de correlação, apesar de assumirem um sentido negativo, não detêm dimensões relevantes do ponto de vista estatístico.

189

**Tabela 6.5.** Correlações entre os fatores da *Feeling Checklist*

Fator	1	2	3	4
1. Positivo-caloroso				
2. Positivo-sereno	.46**			
3. Negativo-paralisado	-.07	-.16*		
4. Negativo-aborrecido	-.10	-.30**	.18**	

\*  $p < .05$ .; \*\*  $p < .01$ .

### **Análise descritiva dos fatores da *Feeling Checklist***

Apresentam-se, seguidamente, os resultados da análise dos dados, considerando-se as medidas de tendência central e de dispersão relativas a cada um dos fatores nela retidos. Os valores mínimos e máximos registados, bem como as pontuações médias e os desvios-padrão obtidos indicam-se na Tabela 6.6. As pontuações médias são, igualmente, ilustradas na Figura 6.2.

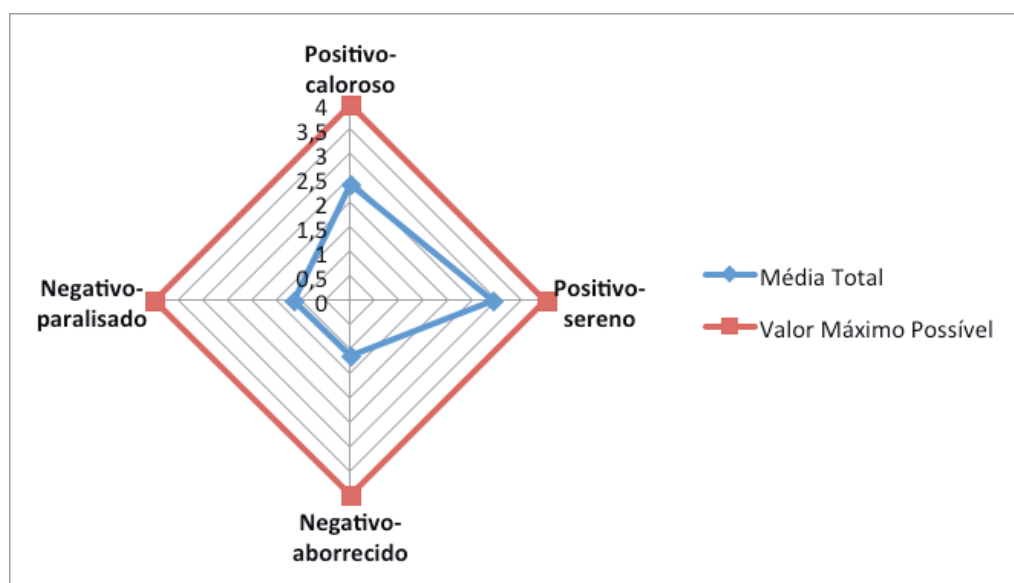
A pontuação média mais elevada é apresentada pelo fator “Positivo-sereno” (fator 2) ( $M = 2.91$ ;  $DP = .56$ ), enquanto o valor mais baixo é apresentado pelo fator “Negativo-aborrecido” (fator 4) ( $M = 1.14$ ;  $DP = .30$ ). Ao valor de pontuação média mais elevado, segue-

se o valor apresentado pelo fator “Positivo-caloroso” (fator 1) ( $M = 2.39$ ;  $DP = .42$ ), seguido, por sua vez, pela pontuação média do fator “Negativo-paralisado” (fator 3) ( $M = 1.16$ ;  $DP = .31$ ). Constata-se, assim, que os fatores de valência positiva, designadamente “Positivo-sereno” e “Positivo-caloroso” são aqueles que apresentam os valores de pontuação média mais elevados, face aos fatores que têm subjacente uma natureza negativa (“Negativo-paralisado” e “Negativo-aborrecido”).

**Tabela 6.6.** Medidas descritivas para os fatores da *Feeling Checklist*

190

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Fator 1. Positivo-caloroso	1.00	3.63	2.39	.42
Fator 2. Positivo-sereno	1.25	4.00	2.91	.56
Fator 3. Negativo-paralisado	1.00	2.67	1.16	.31
Fator 4. Negativo-aborrecido	1.00	3.67	1.14	.30



**Figura 6.2** - Representação gráfica das pontuações médias simples por fator para a amostra total ( $N = 252$ )

Tendo em conta os procedimentos habitualmente realizados pelos autores da escala (Holmqvist et al., 2007), e no sentido de facilitar a leitura através de uma representação gráfica dos resultados, efetuamos uma distribuição das médias dos fatores encontrados e respetivas variáveis num eixo circunplexo. Confirmamos que os participantes reportam sentimentos que recaem mais nos fatores “Positivo-caloroso” ou “Positivo-sereno”.

A versão portuguesa final da *Feeling Checklist* com 18 itens e 4 fatores e com a designação “Lista de sentimentos”, é apresentada em anexo (Anexo 3).

Relativamente à validade discriminante, procedeu-se à sua análise através das correlações dos fatores da *Feeling Checklist* e o total da EST. As únicas correlações que se mostraram significativas (Tabela 6.7), podem ser tidas como baixas, uma vez que todas elas são inferiores a .30 (Cohen, 1988), o que sugere a validade discriminante da *Feeling Checklist*.

191

**Tabela 6.7.** Correlações entre os fatores da *Feeling Checklist* e o total e os fatores da EST

	EST	
	Fator 1	Fator 2
Feeling Checklist	Estratégia relacional	Conduta terapêutica
Fator 1. Positivo-caloroso	.16**	-.05
Fator 2. Positivo-sereno	.16*	.28**
Fator 3. Negativo-paralisado	-.07	.01
Fator 4. Negativo-aborrecido	.01	-.13*

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

### 6.4.3. Discussão

As indicações dos investigadores sobre as emoções e sentimentos apelam para um especial cuidado nos estudos que pretendem avaliar estes construtos, principalmente no que diz respeito às diferenças culturais e de língua (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Esta preocupação esteve presente desde início no estudo da versão portuguesa da *Feeling Checklist*, através dos procedimentos de tradução seguindo das diretrizes da ITC (2010) e primeiro estudo exploratório.

Os condicionamentos experimentais associados ao estudo dos sentimentos, nomeadamente estudos transversais que avaliam um momento, implicam que, muitas vezes, estas investigações sejam conduzidas com instrumentos de dimensão reduzida, por exemplo entre 1 e 10 itens (Garcia-Marques, 2004; McFarland & Buehler, 1997; Ottati & Isbell, 1996; Ruder & Bless, 2003). Nestas investigações emerge, ainda, como relevante o facto da instrução dada remeter ou delimitar o respondente ao seu sentir no momento

presente, ou recente, como é o caso da *Feeling Checklist*. Contudo, tal nem sempre acontece e as instruções associadas aos diferentes instrumentos apelam à ativação de um determinado sentimento, como uma experiência subjetiva associada a um período temporal curto ou longo, dependendo da medida que está a ser realizada.

192 Importa ainda referir que o que é comum à maioria destas medidas que tentam avaliar as emoções e sentimentos é o facto de pressuporem como característica relevante, a sua polaridade positiva-negativa e ainda a sua dimensão intervalar (Garcia-Marques, 2004). Verificamos que estas características se encontram também presentes na versão aqui estudada.

Na versão portuguesa encontrada da *Feeling Checklist* partimos de 24 itens, conforme a escala original, tendo sido mantidos 18 itens no final das análises. A análise fatorial revelou a distribuição dos itens por quatro fatores (“Positivo-caloroso”, “Positivo-sereno”, “Negativo-paralisado” e “Negativo-aborrecido”). Nenhum dos fatores apresenta menos de 3 variáveis, o que cumpre as recomendações encontradas na literatura (Kline, 2013; Tabachnick & Fidell, 2007). A nomeação dos itens teve em conta os critérios já referidos, e ainda a polaridade positiva-negativa (também presente na versão original), e a palavra que melhor representa o significado do conjunto de itens que compõem o mesmo fator. Por sua vez, a ordenação final da lista de palavras na escala segue a mesma ordem da versão original, retirando os itens que foram eliminados.

A consistência interna dos fatores da escala original com 30 palavras medida pelo Alfa de Cronbach, situa-se entre .13 e .80 (Holmqvist & Armelius, 2000). Os autores não reportam dados da consistência interna para a versão da escala com 24 palavras (Holmqvist et al., 2007).

Verificamos que na versão portuguesa, apesar de terem sido obtidos alguns valores menos satisfatórios na consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach em dois fatores (fator 3 e fator 4), os valores de consistência interna calculada através da Fiabilidade Compósita são adequados (todos os fatores apresentam um valor  $\geq .80$ ). Todavia, pensamos que algumas destas fragilidades poderão ainda ser alvo de ajustamento na escala, tais como, ponderar a hipótese de alterar o número de níveis de pontuação dos itens. De facto, uma questão que se coloca frequentemente aos autores das escalas é o número de pontos que as escalas de avaliação deverão conter (Moreira, 2009), em particular nas escalas do tipo Likert. O número de 5 pontos para a avaliação dos itens foi o mais utilizado pelo próprio Likert e tornou-se o mais usual pela maioria dos autores



(Likert, 1932; Moreira, 2009). Verificamos na literatura que os autores consideram que um número superior poderá implicar dificuldade na discriminação e que um número inferior poderá conduzir à perda de informação relevante, dado que as opções de resposta ficam pouco diferenciadas (Gravetter & Forzano, 2003). Deste modo, consideramos que poderia ser pertinente aumentar um ponto nos níveis de avaliação dos itens da *Feeling Checklist*, no sentido de perceber se a escala beneficiaria com esta alteração em termos das suas qualidades métricas.

Relativamente à amostra já referimos que é considerada adequada. Os estudos aos quais tivemos acesso e que testaram ou utilizaram as diferentes versões da *Feeling Checklist*, mencionam dados recolhidos em amostras, por exemplo com 281 sujeitos (Katsuki et al., 2006), 208 sujeitos (Holmqvist et al., 2007) e 294 sujeitos (Holmqvist & Armelius, 2006). Porém, consideramos que não é apropriado fazer este tipo de comparação da amostra, já que se trata de diferentes populações de profissionais de saúde mental (fundamentalmente psiquiatras e enfermeiros) e no presente estudo a amostra é constituída por psicoterapeutas.

No que respeita à validade convergente e discriminante, os autores da versão original referem que estas formas de validade já “foram avaliadas em vários estudos” (Holmqvist & Armelius, 2006, p. 575). Contudo, uma análise mais detalhada desses mesmos estudos (Holmqvist, 1998; Holmqvist & Armelius, 1996; Holmqvist & Armelius, 2000) revela a utilização de diferentes versões da *Feeling Checklist*. No caso da versão portuguesa, a ausência deste tipo de análise relativamente à validade convergente constitui uma das limitações do estudo desta escala. Efetivamente, como já foi mencionado, existe uma escassez deste tipo de medidas estudadas na população portuguesa de psicoterapeutas, o que se constitui como um obstáculo de relevo. Já no que respeita à validade discriminante, estudada a partir da correlação com a Escala de *Setting* Terapêutico, observamos que a versão portuguesa da *Feeling Checklist* se revela adequada.

Na globalidade, as escalas que têm vindo a ser desenvolvidas com o intuito de avaliar sentimentos apresentam um carácter mais generalista, não se reportando especificamente ao estudo dos sentimentos identificados pelos profissionais de saúde mental, como é o caso da *Feeling Checklist*. Tal facto, dificulta uma discussão mais aprofundada que possa incluir elementos comparativos com outras medidas. Contudo, a escolha da *Feeling Checklist* para o presente estudo pretendeu contribuir para colmatar a escassez de instrumentos de autorresposta destinados e testados para a população de profissionais de saúde mental, em português.

## 6.5. Estudo da estrutura fatorial e características psicométricas da Escala de *Setting* Terapêutico

### 6.5.1. Análise estatística

194

De forma idêntica ao realizado para a *Feeling Checklist*, foram primeiramente aplicados procedimentos analíticos exploratórios, tendo-se efetuado o cálculo, item a item, de algumas medidas descritivas como a média, desvio-padrão, mínimo e máximo (Almeida & Freire, 2008).

De seguida, foram estudados os pressupostos subjacentes à realização de uma análise fatorial exploratória, e, relativamente à amostra, consideramos também neste caso as orientações que referem, por um lado, um rácio mínimo de 5 sujeitos para cada item e, por outro, o número absoluto não inferior a 100 sujeitos (Hair et al., 2009; Moreira, 2009; Pestana & Gageiro, 2005). Procedeu-se a uma avaliação da qualidade das correlações entre as variáveis e procurou-se assegurar um nível aceitável de correlação, bem como averiguar a possibilidade de existirem itens cujas correlações fossem muito elevadas, isto é, multicolineares. Assim, foram também considerados os indicadores da matriz de correlação das variáveis, bem como o coeficiente de correlação de Pearson entre a pontuação dos itens e o total da escala (Almeida & Freire, 2008). Foi, igualmente, explorada a existência de *outliers* através da análise do *scatterplot*. Alguns casos mostraram a presença de *outliers*, mas decidiu-se mantê-los de modo a não diminuir a variabilidade associada e, consequentemente, circunscrever possíveis interpretações de interesse nesta análise.

Para a avaliação das qualidades psicométricas da EST foram conduzidos estudos de validade e de fiabilidade. Recorreu-se à análise fatorial exploratória pela aplicação do método de extração em componentes principais com rotação *varimax* (Marôco, 2011; Moreira, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007; Tinsley & Tinsley, 1987).

Na análise ao número de fatores a reter, atendeu-se ao critério de Kaiser (*eigenvalues* superiores a 1; Kaiser, 1960), ao teste *scree* de Cattell (Cattell, 1966), à análise paralela<sup>28</sup> (Enzmann, 1997; Horn, 1965; Lautenschlager, 1989; Williams et al., 2012) e à percentagem de variância explicada pelo conjunto de fatores (Tinsley & Tinsley, 1987). No que respeita aos critérios de natureza qualitativa, foi tido em conta o nível de interpretabilidade da

---

28 O critério da análise paralela foi já referenciado anteriormente e foi aqui conduzida de forma idêntica com recurso ao programa informático: *Monte Carlo PCA for Parallel Analysis* (Watkins, 2000, 2006).

solução fatorial encontrada face ao quadro conceptual do qual se partiu (Moreira, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007).

Ao analisar o contributo dos itens, foi considerado para a sua retenção como mínimo de saturação fatorial o valor de .40 (Stevens, 2009).

Quanto à fiabilidade da escala, recorreu-se ao cálculo da consistência interna, através do coeficiente Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951; Cronbach, 1970) e considerou-se igualmente a aplicação do cálculo da fiabilidade compósita (FC), sugerida por diferentes autores (Fornell & Larcker, 1981; Marôco, 2010; Marôco & Garcia-Marques, 2006).

195

### 6.5.2. Resultados

Em termos descritivos, os valores da média e desvio padrão de cada um dos itens que compõem a EST, são apresentados na Tabela 6.8, em conjunto com outras medidas. Como se pode observar na referida tabela, a média mais elevada é referente ao item 3 “Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão” ( $M = 4.17$ ;  $DP = .69$ ), enquanto que a média mais baixa diz respeito ao item 15 “Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico” ( $M = 2.17$ ;  $DP = .91$ ). De acrescentar que o valor mínimo e máximo para cada item variou de 1 a 5, respetivamente, o que corresponde aos valores da escala de resposta.

**Tabela 6.8.** Média, desvio padrão, correlação item-total e Alfa de Cronbach se item eliminado para o conjunto de itens da EST

Itens	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	Alfa Cronbach se item eliminado
1- Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão	4.09	.83	.25	.50
2- Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão	3.02	1.09	.19	.50
3- Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão	4.17	.69	.30	.49
4- Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão	4.13	.63	.33	.49

196	5- Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente	3.28	.81	.19	.51
	6- Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente	3.04	1.11	.28	.48
	7- Anoto sempre as tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte	3.15	1.27	.34	.47
	8- Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta	2.40	.98	-.08	.55
	9- Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente	3.83	1.01	.42	.46
	10- Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)	3.90	.70	.10	.52
	11- Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência	3.58	1.09	.08	.52
	12- Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)	3.29	1.01	.15	.51
	13- Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil	3.83	.87	.33	.48
	14- Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes	4.12	1.11	-.04	.55
	15- Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico	2.17	.91	-.10	.55
	16- Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes	3.90	.98	-.07	.55
	17- Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico	3.39	1.09	.36	.47
	18- Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer	3.55	1.01	.32	.48
	19- Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões	3.35	1.02	-.06	.55
	20- Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia	3.76	.86	.11	.52

Relativamente à análise prévia da qualidade das correlações entre as variáveis, através da matriz de correlação das variáveis, constatamos que não existem correlações entre os itens com valores superiores a .90 (Field, 2009; Tabachnick & Fidell, 2007), pelo que afastamos a possibilidade de existência de multicolinearidade. O coeficiente de correlação entre os itens 7 (“Anoto sempre as tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte”) e 18 (“Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer”) é de .51, e é o que se apresenta como mais elevado. Já no que toca ao coeficiente de correlação de Pearson entre cada item e o total da escala, observamos que os valores mais baixos encontrados foram com os itens 19 ( $r = .04$ ), 14 ( $r = .08$ ), 20 ( $r = .10$ ), 8 ( $r = -.12$ ) e 10 ( $r = .18$ ). Destes, acabaram por ser excluídos os itens 8, 14 e 20. Contudo, os itens 10 e 19 foram mantidos por se considerar que constituíam itens com relevância em termos de conteúdo para o construto em causa.

197

### **Validade de construto e fiabilidade**

Para dar início à análise fatorial foram explorados a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) e o teste de esfericidade de Bartlett. Foi encontrado um valor de .769 para o teste de KMO o que indica um nível satisfatório de adequação da amostra, bem como a existência de padrões de relações capazes de fazerem emergir fatores válidos (Field, 2009; Pestana & Gageiro, 2005; Reis, 2001). No que respeita ao resultado do teste de Bartlett [ $\chi^2(91) = 672.527$ ,  $p < .001$ ], este indica que a matriz de correlação das variáveis se distingue da matriz de identidade, pelo que as intercorrelações, tomadas no seu conjunto, diferem significativamente de zero (Field, 2009; Pestana & Gageiro, 2005; Reis, 2001).

Para prosseguir com a análise fatorial averiguámos, primeiramente, o teste *scree* de Cattell (1966), que apontou para a retenção de três ou quatro fatores. Realizámos uma análise paralela no sentido de apurar este indicador, a qual apontou para a retenção de quatro fatores, com ponto de corte no fator cinco (Watkins, 2006; Williams et al., 2012) conforme resultados apresentados na Tabela 6.9.

**Tabela 6.9.** Resultados da análise paralela para a EST

Valor próprio*	Fatores (N = 252)				
	1	2	3	4	5
Empírico	3,879	1,938	1,521	1,408	1,228
Aleatório	1.532	1.434	1.362	1.296	1.238

\*Valores próprios aleatórios calculados com base numa amostra de 252 participantes, para 20 variáveis, com 99 simulações.

198

De acordo com estas indicações, iniciámos uma solução forçada a quatro fatores. Contudo, esta opção não se revelou exequível, pois não seriam cumpridos os critérios relativos ao número de variáveis considerado suficiente por cada fator (Kline, 2013; Tabachnick & Fidell, 2007) e, do mesmo modo, constatámos que vários itens apresentavam saturação em mais do que um fator, pelo que teriam que ser também eliminados. Tentámos de seguida uma solução a três fatores. Esta solução também não se mostrou adequada na medida em que apresentou alguns problemas idênticos aos referidos para a solução a quatro fatores e, por outro lado, não se revelou interpretável do ponto de vista da conceptualização teórica.

Neste sentido, considerámos uma solução forçada a dois fatores, que veio a distinguir-se de forma interpretável e adequada em termos dos objetivos e contributo científico proposto. A análise fatorial foi conduzida através da análise dos componentes principais com rotação *varimax* (Tabela 6.10).

**Tabela 6.10.** Resultados iniciais da análise fatorial com rotação *varimax* para a EST

Itens da EST	Fatores		Comunalidades (h <sup>2</sup> )
	1	2	
7- Anoto sempre as tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte	.78	.13	.62
9- Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente	.69	.08	.48
18- Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que consegui fazer	.66	.06	.44
6- Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente	.65	.09	.43

13- Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil	.58	.08	.34
17- Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico	.57	.07	.33
2- Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão	.48	.11	.24
5- Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente	.43	.01	.18
1- Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão	.39	.11	.16
15- Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico	.30	.19	.13
8- Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta	-.30	.20	.13
16- Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes	-.28	.25	.15
12- Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)	.15	.62	.41
4- Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão	.33	.53	.39
11- Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência	.01	.49	.24
14- Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes	.29	.48	.32
19- Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões	.29	.45	.29
10- Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)	.06	.44	.20
3- Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão	.31	.44	.29
20- Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia	.13	.23	.07

199

Partindo deste referencial, foram eliminados os itens com pesos fatoriais interiores a .40 (Stevens, 2009), ou seja, o item 1 (“Faço tudo o que está ao meu alcance para que o paciente se sinta confortável durante a sessão”), item 8 (“Exijo que o paciente pague as sessões a que falta, seja qual for a razão da sua falta”), item 15 (“Sigo rigorosa e exclusivamente os preceitos técnicos do meu modelo teórico e evito fazer qualquer ajustamento no decorrer do processo terapêutico”), item 16 (“Participo em grupos de discussão ou supervisão clínica nos quais apresento regularmente o trabalho clínico com os meus pacientes”) e item 20 (“Permito que o paciente escolha o que quer ou não quer trabalhar na terapia”).

Para além dos itens já eliminados e acima referidos, foi ainda retirado o item 14 (“Realizo ou já realizei o meu próprio processo terapêutico com outros colegas mais experientes”) dado que a sua remoção conduzia a um aumento da consistência interna da EST total. Como resultado, a EST passou a ser composta por 14 itens, sendo que os dois fatores explicam 37.19% da variância total. Mais especificamente, o primeiro fator apresenta um *eigenvalue* de 3.46, explicando 24.65% da variância e, por sua vez, o segundo fator apresenta um *eigenvalue* de 1.75, explicando 12.64% da variância.

200

Quanto à designação dos fatores foi considerado fundamentalmente o quadro teórico de referência, sendo atribuída a cada um dos deles uma denominação que traduzisse o significado do conjunto de itens que os compõem (Hair et al., 2009) e que, por outro lado, fizesse sentido quando integrada no conceito que se pretende avaliar com o total de itens da escala. O fator 1 foi assim denominado por “Estratégia relacional” e agrupa itens que descrevem estratégias utilizadas pelo terapeuta na sua gestão do *setting* e da relação terapêutica. O fator 2 foi designado por “Conduta terapêutica” e agrupa outro conjunto de itens que se referem à conduta, ou seja, à ação e atitudes do terapeuta que descrevem a sua forma de lidar com o *setting* e relação terapêutica.

Apresentamos na Tabela 6.11 os resultados da análise fatorial para a versão final de 14 itens. O fator “Estratégia relacional” é saturado acima de .42, integrando 8 itens, cujos valores de comunalidades variam entre .18 e .63. O fator “Conduta terapêutica” é saturado acima de .41, sendo composto por 6 itens, variando as suas comunalidades entre .17 e .44.

**Tabela 6.11.** Resultados da análise fatorial com rotação *varimax* para a EST final (14 itens)

Itens da EST	Fatores		h <sup>2</sup>	Alfa de Cronbach	FC
	1	2			
<b>Fator 1 - Estratégia relacional</b>				.78	.88
7- Anoto sempre as tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte	.79	-.09	.63		
9- Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente	.72	.06	.52		
18- Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer	.66	-.07	.44		
6- Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente	.66	-.11	.44		
13- Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil	.62	.17	.42		



17- Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico	<b>.62</b>	.02	.39	
2- Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão	<b>.45</b>	.07	.21	
5- Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente	<b>.42</b>	-.01	.18	
<b>Fator 2 - Conduta terapêutica</b>			<b>.49</b>	<b>.74</b>
12- Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)	-.13	<b>.65</b>	.44	201
11- Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência	-.03	<b>.62</b>	.39	
4- Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão	.28	<b>.57</b>	.41	
19- Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões	-.34	<b>.46</b>	.32	
3- Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão	.28	<b>.43</b>	.26	
10- Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)	-.09	<b>.41</b>	.17	

Quanto à consistência interna de cada fator, foi calculada primeiramente através do Alfa de Cronbach tendo-se obtido um valor de .64 para a escala total (14 itens). Dado que o valor encontrado para o segundo fator (“Conduta terapêutica”) não é considerado adequado (.49), optámos por avaliar a consistência interna através de outra medida, a Fiabilidade Compósita (FC). De facto, alguns autores têm questionado a avaliação da consistência interna por recurso ao Alfa de Cronbach devido fundamentalmente às suas limitações e interpretações erróneas associadas (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Uma medida de fiabilidade que tem vindo a ser apontada como particularmente apropriada para a análise fatorial é efetivamente a FC (Fornell & Larcker, 1981), o que nos levou a utilizá-la. Como verificamos na Tabela 6.11, através do cálculo da FC obtivemos um valor de .88 para o fator “Estratégia relacional” e de .74 para o fator “Conduta terapêutica”. Atendendo a que, na generalidade, um valor de  $FC \geq .70$  corresponde a uma fiabilidade de construto adequada (Marôco, 2010), constatamos que os valores encontrados para os fatores em análise se enquadram neste critério.

No que diz respeito à validade convergente, esta foi avaliada com base no valor de correlação do total da EST e de cada um dos seus fatores com os fatores da subescala E2 - “Estilo terapêutico”, ou seja fator 1 - “Neutralidade”, fator 2 - “Apoio/suporte” e fator 3 - “Dúvida em relação a si”. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 6.12.

**Tabela 6.12.** Correlações entre os fatores e o total da EST e os fatores da subescala E2. Estilo Terapêutico da Thld.

Thld - Subescala E2 - Estilo terapêutico			
EST	Fator 1 Neutralidade	Fator 2 Apoio/suporte	Fator 3 Dúvida em relação a si
Fator 1. Estratégia relacional	-.49**	.60**	-.13*
Fator 2. Conduta terapêutica	.26**	.15*	-.08
Total	-.32**	.62**	-.16*

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Como se pode observar, os valores de correlação encontrados sugerem uma maior associação entre a “Estratégia relacional” (fator 1 - EST) e o fator 2 - “Apoio/suporte” da Thld. Com uma ordem de grandeza semelhante verificamos que o total da EST, isto é, o manejo terapêutico também se correlaciona com este fator de “Apoio/suporte”. De referir também que o fator 1 e o total da EST apresentam correlações significativas negativas com os fatores “Neutralidade” e “Dúvida em relação a si”, ainda que de menor dimensão.

No que respeita à validade discriminante, esta foi avaliada com base nas correlações entre o total da EST, os seus fatores e os fatores da *Feeling Checklist* (Tabela 6.13). Como se pode observar, as únicas correlações que se revelaram significativas, podem ser consideradas baixas, dado que todas elas são inferiores a .30 (Cohen, 1988), o que apoia a validade discriminante da EST.

**Tabela 6.13.** Correlações entre o total e os fatores da EST e os fatores da *Feeling Checklist*

	<i>Feeling Checklist</i>			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
EST	Positivo-caloroso	Positivo-sereno	Negativo-paralisado	Negativo-aborrecido
Total	.24**	.11	-.05	-.06
Fator 1. Estratégia relacional	.16**	-.05	-.07	.01
Fator 2. Conduta terapêutica	.16*	.28**	.01	-.13*

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

203

Quanto à ordenação dos 14 itens finais, foi mantida a ordem inicial, estabelecida de forma aleatória, retirando os itens com indicação para eliminação através das análises efetuadas, compondo a escala com a apresentação que se segue.

## Escala de *Setting* Terapêutico

(Couto, M., Farate, C., Ramos, S. & Fleming, M., 2013)

A partir da sua prática psicoterapêutica, indique o grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem, e que dizem respeito ao modo como organiza habitualmente o *setting* e a relação terapêutica com os seus pacientes.

Por favor assinale com uma cruz o espaço que melhor descreve o que considera verdadeiro.

204

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5
1. Prolongo o tempo de duração da sessão quando sinto que o paciente está com dificuldade em acabar a sessão				
2. Estou atento e reajo à comunicação não-verbal do paciente na sessão				
3. Mantenho sempre a minha mente focada/atenta naquilo que se passa no interior da sessão				
4. Aceito de bom grado os elogios a meu respeito efetuados pelo paciente				
5. Permito-me fazer alguma exposição pessoal para facilitar a relação com o paciente				
6. Anoto sempre as tarefas propostas entre as sessões e debato-as na sessão seguinte				
7. Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente				
8. Tolero as queixas do paciente relativamente à ausência de melhorias no seu quadro clínico (sintomas, comportamento, relacionamentos)				
9. Atuo de modo a conter o agir sedutor e manipulativo do paciente logo que me dou conta da sua emergência				
10. Exijo o respeito escrupuloso das regras do contrato terapêutico (e.g., pagamento, horários, telefonemas, marcação ou desmarcação de sessões)				
11. Converso com familiares do paciente a seu pedido, ou quando entendo que uma tal estratégia terapêutica pode ser útil				
12. Disponibilizo ao paciente toda a informação relevante sobre o modelo teórico ou técnicas a utilizar no processo terapêutico				
13. Faço sempre um comentário final que resume a sessão, em particular as dificuldades que senti no paciente e os avanços que conseguiu fazer				
14. Mantenho sem alterações a organização e o arranjo decorativo do espaço físico em que decorrem as sessões				

### 6.5.3. Discussão

Nesta fase do estudo pretendemos estudar a estrutura fatorial e as características psicométricas da EST. Interessa evidenciar o facto de se tratar de uma escala original, sendo esta a primeira tentativa de avaliar a forma como os psicoterapeutas lidam com a variável *setting*, já que os estudos que se reportam quer ao construto quer à possibilidade da sua avaliação são insuficientes na literatura nacional e internacional.

Com este facto em mente, e após um conjunto de procedimentos prévios para a elaboração dos itens para uma primeira versão da EST, partimos, nesta fase, de uma escala com 20 itens, sendo retidos no final das análises um total de 14 itens. Através da análise fatorial verificamos que os itens da escala se agrupam em dois fatores, que designámos por “Estratégia relacional” e “Conduta terapêutica”. O primeiro fator é constituído por itens que mostram estar associados às estratégias utilizadas, tendo em vista o manejo da relação terapêutica. O segundo fator agrupa itens que se reportam a ações, atitudes e comportamentos do terapeuta, que dão conta do modo como conduz o *setting* e a relação terapêutica. A consistência interna dos fatores, calculada através da Fiabilidade Compósita, aponta valores adequados. A consistência interna da escala total é menos satisfatória, contudo parece-nos ser possível considerar que a EST é um bom instrumento de avaliação do manejo do *setting*, ainda que ressaltando que futuramente virá a ser alvo de aperfeiçoamentos.

205

A análise da validade convergente da EST, e respetivos fatores, foi efetuada com base nos valores de correlação entre estes e os fatores da subescala E2 - “Estilo terapêutico” da ThId. Nesta sequência, verificou-se a existência de correlações significativas sobretudo entre o fator 1 - “Estratégia relacional” e o fator 2 - “Apoio/suporte” da ThId, bem como entre o total da EST e este fator. De facto, considerando o fator “Estratégia relacional”, os seus itens apresentam maior afinidade de conteúdo com o fator “Apoio/suporte”. Na mesma linha de raciocínio, também o fator 1 e o total da EST mostram correlações significativas negativas com os fatores “Neutralidade” e “Dúvida em relação a si”, os quais correspondem a conteúdos díspares, justificando a correlação negativa. Na globalidade, constata-se que a EST apresenta uma validade convergente adequada dado que o seu total ou os seus fatores estão associados com variáveis teoricamente relacionadas.

Por sua vez, a análise da validade discriminante foi conduzida através das correlações entre o total da EST, os seus fatores e os fatores da *Feeling Checklist*. Assim ao correlacionar a EST com a *Feeling Checklist*, verificamos que o conceito de *setting* se

distingue de outros implicados no processo terapêutico, como é o caso dos sentimentos contratransferenciais, o que constitui um argumento a favor da sua validade discriminante. Com efeito, estes elementos não estão significativamente associados com variáveis teoricamente não relacionadas.

206 Relativamente ao número de sujeitos que constituíram a nossa amostra, de acordo com Kline (2013) ou Hair et al. (2009), 100 sujeitos é tido como número suficiente. Também Bryman e Cramer (1993) sugerem que pelo menos 100 sujeitos e 5 vezes o número de respondentes para cada variável é suficiente. Em qualquer dos casos, consideramos que a amostra aqui utilizada, com 252 participantes e um rácio de 12.6 sujeitos por variável, está em conformidade com estas recomendações. No que respeita ao número de variáveis, a ideia básica é ter um número suficiente de variáveis por cada fator, de modo a dispormos de um número suficiente de correlações que permitam revelar o fator. De acordo com diferentes autores como Kline (2013) ou Tabachnick e Fidell (2007), deveremos encontrar pelo menos 3 a 5 variáveis por fator. Ora, os fatores considerados na EST apresentam 8 e 6 variáveis distribuídas, respetivamente pelo primeiro e segundo fatores, o que se considera adequado.

De referir que foram encontrados *outliers*, os quais não foram eliminados dado interessar-nos manter a diversidade de abordagens preconizadas pelos participantes, uma vez que o presente estudo constitui um primeiro contributo para a avaliação do manejo do *setting* terapêutico. Para tal, no estudo das qualidades psicométricas da primeira versão, foram incluídos na amostra psicoterapeutas com diferentes formações no que respeita ao modelo teórico subjacente à prática de psicoterapia. Entre estes, encontram-se terapeutas para os quais o manejo que fazem do *setting* difere significativamente. A título de exemplo podemos mencionar os terapeutas EMDR, cuja prática recorre a técnicas instrumentalizadas e manualizadas, ou os psicodramatistas que fazem um uso distinto e especializado do cenário terapêutico.

Uma das limitações que poderá ser identificada no presente estudo prende-se com o desenho transversal do mesmo que funcionou como impeditivo da análise da estabilidade temporal da EST. Com efeito, a metodologia de recolha de dados utilizada não possibilitou o recurso a uma segunda administração da EST, mesmo que numa subamostra. De salientar que não nos seria possível recorrer de novo a parte dos psicoterapeutas que participaram no estudo sem que isso comprometesse o anonimato dos respondentes. Tratando-se de um primeiro estudo especificamente dirigido a psicoterapeutas, considerámos que a sua adesão seria maior num registo de anonimato e de resposta *online*. Deste modo,

entendemos que investigações futuras deverão incluir o estudo da fidedignidade teste-reteste deste instrumento.

Conforme já referido, do nosso conhecimento, a EST é um instrumento original, que não é semelhante a nenhum outro referido na literatura nacional e internacional, e, por ser a primeira versão, consideramos ser prudente e importante a realização de mais estudos de validade de construto. Tais estudos serão fundamentais, não só para contribuir para a investigação da consistência da escala, mas também para permitir a produção de novos itens e gerar formas de avaliação mais completa desta variável. Verificamos, ainda, que os resultados encontrados sugerem que o manejo do *setting* pode ser organizado em dois fatores: “Estratégia relacional” e “Conduta terapêutica”.

207

Tratando-se de um instrumento original, pioneiro na avaliação conjunta do *setting* e da relação terapêutica, não possuímos dados para estabelecer comparações, o que reconhecemos como uma limitação. Contudo, verificamos existirem algumas semelhanças com um ou dois itens do *Working Alliance Inventory* - Versão Terapeuta (WAI-T) (Adam O Horvath & Leslie S Greenberg, 1989), na versão portuguesa desenvolvida por Machado e Horvath (1999). Por exemplo, na WAI-T, o item 2- “O/a meu/minha cliente e eu trabalhamos para objetivos que foram mutuamente acordados” e o item 30- “O/a meu/minha cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões”, para além de serem semelhantes entre si, são-no também com o item 7- “Defino os objetivos e a estratégia terapêutica em conjunto com o paciente” da EST. Esta semelhança justifica-se, já que o item 7 da EST faz, precisamente, parte do fator “Estratégia relacional” e a WAI-T se debruça sobre a aliança terapêutica. De igual modo, dado que consideramos a ideia de que o *setting* é uma variável relacional, julgamos ser adequada esta similitude, sendo que a EST apresenta outras possibilidades de recolha de informação e avaliação respeitantes à conduta e ao cenário terapêutico, o que é pouco explorado no instrumento WAI-T. Pensamos que a forma como os itens estão descritos, e como são agrupados em cada fator, fortalecem a ideia de uma “viragem” da noção de *setting* do contexto meramente físico ou ambiental para o contexto relacional.

Na generalidade, apesar das limitações identificadas, consideramos que a construção da EST constitui uma tentativa de colmatar a escassez de instrumentos especificamente destinados à avaliação do manejo do *setting* terapêutico, mais concretamente dirigidos aos terapeutas, constituindo um ponto de partida para posteriores investigações deste construto.





## CAPÍTULO 7

### Discussão dos resultados e considerações finais

---

7.1. Discussão dos resultados

7.2. Limitações do estudo

7.3. Implicações e sugestões para investigação futura



## 7.1. Discussão dos resultados

211

Por questões de organização e também de modo a facilitar a compreensão e sequência dos trabalhos, considerámos oportuno ir comentando os resultados em cada secção. No presente capítulo são discutidos os resultados de forma global, tendo em mente os objetivos traçados.

A investigação em psicoterapia tem vindo a mostrar que os aspetos técnicos específicos a cada modelo teórico são menos relevantes para o resultado da intervenção do que os aspetos da relação terapêutica (Byrd et al., 2010; Crits-Christoph et al., 2011; Orlinsky et al., 2004). Do mesmo modo, tem sido possível identificar e observar a relevância dos fatores comuns às diferentes abordagens teóricas, como as variáveis do terapeuta ou as variáveis relativas ao contexto em que decorre a terapia (Castonguay, 2000; DeFife & Hilsenroth, 2011; Grenavage & Norcross, 1990). Um destes fatores é o *setting* terapêutico, ao qual, apesar de ser transversal e indispensável a todos os modelos de intervenção, não tem sido dada a devida atenção. Deste modo, pretendemos, não só lançar o debate sobre a importância do estudo desta variável, mas também avançar a hipótese de que se trata de uma variável relacional e que, nesta conformidade, o modo como se utiliza o *setting* poderá ter influência nos resultados.

Neste contexto, o presente estudo teve como principal objetivo a construção de um instrumento de autorresposta de avaliação do manejo do *setting* - Escala de *Setting* Terapêutico (EST). A fim de concretizar o estudo da EST, foram traduzidos e adaptados para a língua portuguesa mais dois instrumentos de autorresposta dirigidos ao psicoterapeuta, e específicos a este: “Identidade Psicoterapêutica: Questionário sobre formação, experiência, estilo e valores” e “Lista de Sentimentos”. Estes instrumentos apresentaram qualidades psicométricas consideradas adequadas nas suas versões portuguesas. Pensamos que a disponibilização destes instrumentos em língua portuguesa veio também contribuir para colmatar a escassez deste tipo de medidas, já que na literatura são mais estudados e

utilizados os instrumentos dirigidos aos pacientes. Recordamos que a “Lista de Sentimentos”, apesar de ser uma escala que foi administrada a psicoterapeutas em vários estudos, pode também ser aplicada ao paciente, com a vantagem de se poderem cruzar os dados.

A Escala de *Setting* Terapêutico revelou-se um instrumento com qualidades psicométricas adequadas. Contudo, por ser ainda um precursor, na medida em que pretende avaliar o construto manejo do *setting*, sugerimos parcimónia na sua utilização até ser fortalecida a estrutura fatorial e a consistência da escala.

212 O *setting* ou cenário terapêutico, apesar de ser um elemento indissociável e transversal a todas as psicoterapias, permanece algo indefinido e pouco aproveitado, no que diz respeito à sua utilidade para o aprofundamento do conhecimento sobre o processo e os resultados terapêuticos. Para além da necessidade de aperfeiçoar a sua definição conceptual, interessa que se delimite melhor a sua influência no desenvolvimento do trabalho terapêutico. Avaliar o modo como os terapeutas lidam com esta variável constitui o contributo específico da escala por nós desenvolvida. Deste ponto de vista, a presente investigação pretende contribuir para o entendimento do *setting* como variável relacional, em interação com os outros fatores comuns habitualmente descritos na literatura.

Apesar das limitações encontradas, os resultados obtidos para a primeira versão construída da EST sugerem tratar-se de um instrumento de autorresposta promissor para a investigação da variável *setting* e do manejo das suas diferentes dimensões. Partindo da construção de um primeiro conjunto de 52 afirmações, e após diferentes etapas do estudo, permaneceram 20 itens que foram testados no protocolo final da investigação. As análises estatísticas levadas a cabo conduziram à retenção de 14 itens, os quais se repartem pelos dois fatores encontrados, “Estratégia relacional” e “Conduta terapêutica” e que, globalmente, avaliam o manejo que o terapeuta faz do *setting*. O instrumento apresentou níveis adequados de fiabilidade, bem como validade convergente e discriminante.

Com o desenvolvimento da primeira versão da Escala de *Setting* Terapêutico tentámos contribuir para o melhor conhecimento deste construto, apesar de estarmos conscientes do risco implicado neste desafio, e que se refletiu também em alguns dos resultados obtidos. De referir que não foram efetuados neste estudo o teste confirmatório da estrutura fatorial da EST e a verificação da estabilidade temporal. Conscientes destas limitações, sugerimos a sua realização em investigações futuras.

Se atendermos ao referencial teórico subjacente verificamos, por exemplo, que de entre os fatores comuns descritos na literatura que têm influência nos resultados terapêuticos

(Castonguay, 1993; Castonguay, 2000; Rosenzweig, 2002), os fatores relacionais são aqueles que têm evidenciado uma maior correlação com os resultados do processo, que é significativamente superior àquela que é identificada para as técnicas ou intervenções específicas de cada modelo teórico (Lambert & Barley, 2001; Messer & Wampold, 2002).

É verdade que a literatura científica tem vindo a demonstrar que os fatores relacionais contribuem de forma significativa e consistente para a eficácia dos tratamentos (Hill & Knox, 2009; Horvath, 2000; Martin et al., 2000) e, em alguns casos, o seu efeito benéfico é significativamente superior ao da técnica utilizada (Crits-Christoph et al., 2011; Krupnick et al., 1996). Porém, esta associação, apesar de comprovada, não nos esclarece acerca de quais são as variáveis que mais contribuem para a qualidade da relação terapêutica, ou sobre a sua estabilidade ao longo do processo. Neste sentido, e dado que na EST foram encontrados dois fatores, e que um deles está relacionado com a estratégia relacional no interior da sessão terapêutica, pensamos que poderá ser uma mais valia para esclarecer as dúvidas acima referidas.

213

Recordamos que, apesar das evidências empíricas relativamente ao impacto dos fatores relacionais nos resultados terapêuticos, a Divisão de Psicologia Clínica da *American Psychological Association* mantém a definição de procedimentos de forma padronizada para as intervenções psicológicas. Estes, são fundamentalmente baseados na prescrição de técnicas terapêuticas específicas a cada modelo com aparente desvalorização dos fatores comuns, em particular os relacionais. Esta posição tem suscitado grande polémica nas comunidades clínica e científica, com vários autores argumentando contra o que consideram a falta de sensatez colocada nas diretrizes da APA (Barber et al., 2006; Crits-Christoph & Gallop, 2006; Luborsky et al., 1986). De facto, estas diretrizes desvalorizam um dado conhecido pelos clínicos: diferentes tipos de pacientes respondem de forma distinta a diferentes tipos de tratamento e de relação terapêutica (Martin et al., 2000; Norcross, 2002a). Nesta sequência, é nossa intenção que este trabalho de investigação possa contribuir para o estudo e conhecimento mais aperfeiçoado destes fatores comuns, neste caso do *setting* terapêutico.

Interessa ainda salientar a pertinência clínica da construção deste instrumento psicométrico, tendo em conta a importância atribuída à prova empírica da eficácia e efetividade dos diferentes modelos de tratamento psicológico, que é central a noções tais como a *evidence-based practice in medicine* (Sackett & Rosenberg, 1996) ou a *evidence-based practice in psychology* (American Psychological Association, August, 2005, July, 2005; Westen & Bradley, 2005) para a avaliação rigorosa dos resultados terapêuticos.

Ainda relativamente à pertinência da construção da EST e do estabelecimento das versões portuguesas da Thld e da FC, importa salientar, que, a língua portuguesa é a terceira língua europeia mais falada em todo o mundo, atingindo uma população de cerca de 244 milhões de falantes (Observatório da Língua Portuguesa, 2010), de entre os quais seguramente um vasto conjunto de psicoterapeutas.

## 7.2. Limitações do estudo

214

Apesar da pertinência e do carácter inovador do estudo realizado, consideramos que várias limitações podem ser identificadas, as quais devem ser tidas em conta em estudos futuros. Começando por aquelas que estão relacionadas com questões específicas a cada um dos instrumentos estudados, estas foram, na sua maioria, apresentadas nas respetivas secções do estudo. Deste modo, apenas nos referiremos às limitações que consideramos serem de carácter mais geral ou que não foram mencionadas anteriormente.

Relativamente à amostra, apesar da sua dimensão ser adequada à realização dos estudos a que nos propusemos, bem como às respetivas análises estatísticas, não nos foi possível estabelecer a sua representatividade. Com efeito, o procedimento de recolha de dados recorreu a uma técnica de amostragem não probabilística, o que decorreu de dificuldades técnicas encontradas nesta fase do estudo. Atendendo a que não existe em Portugal uma base de dados que reúna o registo dos psicoterapeutas credenciados, através de uma consulta à Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), sobre o número de psicoterapeutas em Portugal, fomos informados que os números de que dispõem na OPP dizem respeito aos psicólogos e não aos psicoterapeutas. A sugestão da OPP foi que entrássemos em contacto com as várias sociedades científicas que credenciam psicoterapeutas, o que foi efetuado. Por outro lado, muitos dos psicoterapeutas possuem formação académica de base em outras áreas que não a psicologia, pelo que não poderiam ser referenciados pela OPP.

Também a escassez de estudos sobre o *setting* terapêutico, bem como a sua distinta valorização pelos diversos modelos, terá contribuído para a taxa de não-resposta, ou de respondentes que não concluíram o questionário na sua totalidade, o que motivou a sua não inclusão no estudo de acordo com os critérios definidos.

Pensamos que a presença de *outliers*, identificados mas não eliminados, terá influenciado os resultados. Todavia, sendo este o primeiro estudo empírico sobre o manejo

do *setting* terapêutico entendemos que deveríamos manter a variabilidade associada aos participantes no estudo.

Relativamente ao instrumento por nós desenvolvido (EST), e por se tratar de um estudo com desenho transversal, a ausência do teste da estabilidade temporal é outra limitação, que será corrigida num futuro próximo, bem como o estudo confirmatório da estrutura fatorial.

No que respeita ao estudo da validade discriminante e convergente da FC, os autores da versão original da escala referem que estas formas de validade já “foram avaliadas em vários estudos”, ainda que em diferentes versões (Holmqvist & Armelius, 2006, p. 575). O mesmo acontece com a ThId, cujos estudos de validade já foram também conduzidos em diferentes trabalhos (Sandell et al., 2006; Sandell et al., 2007; Taubner et al., 2010). Apesar de se tratar de uma limitação, recordamos que, do nosso conhecimento, os trabalhos que avaliam este tipo de medidas na população de psicoterapeutas portugueses são inexistentes, o que constituiu um obstáculo e dificultou este procedimento. De acrescentar que este aspeto veio a funcionar, igualmente, como um fator de dificuldade em termos de uma discussão mais consistente dos nossos resultados.

215

Mesmo se as limitações enumeradas fornecem algumas pistas a considerar em futuras investigações, entendemos que o carácter inovador do estudo é em si mesmo um risco inerente, pois não possuímos referências para comparação com outros estudos idênticos.

### 7.3. Sugestões e implicações para investigação futura

Como seria de esperar, uma parte das sugestões para investigação futura, decorre fundamentalmente das limitações já identificadas. Por ser um trabalho precursor no que respeita ao estudo empírico do *setting* terapêutico, consideramos que terá impacto na condução de investigações futuras neste domínio.

No que respeita à amostra, entendemos que trabalhar com uma amostra aleatória será o procedimentos mais indicado para garantir a respetiva representatividade em estudos futuros.

Aspetos de maior especificidade respeitantes às diferentes abordagens teóricas, poderão ser integrados em diferentes versões do instrumentos base e, contribuir assim para

uma avaliação mais rigorosa do manejo do *setting*, o que implica o seu estudo em grupos específicos de psicoterapeutas, de acordo com o seu modelo de intervenção. Entendemos que a EST se apresenta como um instrumento de utilidade nos processos de supervisão clínica, já que a possibilidade da sua aplicação periódica constitui uma ferramenta de autoavaliação que contribui para a evolução do psicoterapeuta.

De mencionar também que a EST pode vir a ser complementada com versões para o paciente e para o observador, o que permitirá o cruzamento da informação recolhida por cada uma das versões da escala.

216

Em suma, a EST constitui uma primeira abordagem para a avaliação da forma como o terapeuta lida com o *setting*. Sendo este um fator transversal a todas as terapias, consideramos que a sua avaliação poderá ser uma mais-valia para os estudos que se debrucem sobre o processo e resultados terapêuticos. Entendemos, assim, que este trabalho, não obstante as suas limitações, constitui um contributo valioso para o aperfeiçoamento da definição, da delimitação e do manejo terapêutico do *setting*.



# REFERÊNCIAS

---



- Ablon, S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783. 219
- Ahn, H.-n., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257. doi: 10.1037/0022-0167.48.3.251
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Almlöv, J., Carlbring, P., Berger, T., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2009). Therapist factors in internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depressive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 247-254.
- American Psychological Association (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073. doi: 10.1037/0003-066x.57.12.1060
- American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (August, 2005). *Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (July, 2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6th ed.). New York: MacMillan.
- Auld, F., & Murray, E. J. (1955). Content-analysis studies of psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 52(5), 377-395.

Azevedo, M. (2011). *Teses, relatórios e trabalhos escolares* (8ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Bacal, H. A., & Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness: An outline. *Psychoanalytic Psychology*, 20(4), 635.

Bachelor, A. (2011). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.792

220

Bachelor, A., & Salame, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 39-53.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842.

Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12. doi:908627667[pil]10.1080/10503300802609680

Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(02), 229-240.

Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., . . . Siqueland, L. (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 69(1), 119-124.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Beitman, B. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146(2), 138-147.

Benderly, B. L. (2005). The Promise of E-Therapy. *Scientific American Mind*, 16(4), 72-77.

Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 217-270). New York: Wiley.

- Bergin, A. E. (1977). Introduction. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. XV-XVI). New York: Pergamon Press.
- Beutler, L., Clarkin, J. F., & Bongar, B. M. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Oxford England; New York: Oxford University Press.
- Beutler, L., Machado, P., & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 ed., pp. 259-269). New York: Wiley & Sons.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohed, S., Harwood, T., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 227-306). New York: Wiley & Sons.
- Beutler, L. E. (2002). It Isn't the Size, but the Fit. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 434-438. doi: 10.1093/clipsy.9.4.434
- Beutler, L. E., & Machado, P. P. (1992). Research in psychotherapy. In M. R. Rosenzweig (Ed.), *Research in psychology: An international survey*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bigras, M., & Dessen, M. A. (2002). O Método Q na avaliação psicológica: utilizando a família como ilustração. *Avaliação Psicológica*, 2, 119-131.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 64(6), 1276-1284.
- Block, J. (1961). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Springfield, IL: Thomas.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317.
- Böhm, T. (2004). Inner and outer frame breaks-Countertransference, enactments and whose life history? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 27(1), 2-11.
- Bordin, E. S. (1975). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Comunicação apresentada na Society of Psychotherapy Research, Washington, DC.

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16(3), 252-260.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619.
- Boros, S., Visu-Petra, L., & Cheie, L. (2007). A q-sort analysis investigating the social perception of a chronic disease: Between sympathy and stigma. *Cognition, Brain, Behavior*, 11(2), 347-459.
- Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 307-314.
- Brouwer, M. (1999). Q is accounting for tastes. *Journal of Advertising Research*, 39(2), 35-39.
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, 11(8), 513-520.
- Brown, S. R. (1978). The importance of factors in Q methodology: statistical and theoretical considerations. *Operant Subjectivity*, 1(4), 117-124.
- Brown, S. R. (1980). *Political subjectivity : applications of Q methodology in political science*. New Haven: Yale University Press.
- Brown, S. R. (1993). A primer on Q methodology. *Operant Subjectivity*, 16(3/4), 91-138.
- Brown, S. R. (1996). Q methodology and qualitative research. *Qualitative Health Research*, 6(4), 561-567. doi: 10.1177/104973239600600408
- Brown, S. R. (2002). Q technique and questionnaires. *Operant Subjectivity*, 26(2), 117-126.
- Brown, S. R. (2006). A match made in heaven: A marginalized methodology for studying the marginalized. *Quality & Quantity*, 40, 361-382. doi: DOI 10.1007/s11135-005-8828-2
- Brown, S. R. (2009). Q technique, method, and methodology: Comments on Stentor Danielson's article. *Field Methods*, 21(3), 238-241.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras, Lisboa: Celta.

- Butler, S. F., & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 30.
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. A. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 631.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22(3), 545-553. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2004.10.009> 223
- Carlsson, J., Norberg, J., Schubert, J., & Sandell, R. (2011). The development of therapeutic attitudes during and after psychotherapy training. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(3), 213-229.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castonguay, L. G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267-286.
- Castonguay, L. G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 263-282.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006a). *Principles of therapeutic change that work*: Oxford University Press, USA.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006b). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631-638. doi: 10.1002/jclp.20256
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34.
- Castonguay, L. G., & Grosse, M. (2005). Change in Psychotherapy: A plea for no more "nonspecific" and false dichotomies. *Clinical Psychology: Science and practice*, 12(2), 198-201. doi: 10.1093/clipsy.bpi026

- 224 Cattell, R. (1966). The scree test for the number of factores. *Multivariate Behavioural Research*, 1(2), 245-276.
- Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein-Herald, D., Springer, E. A., Dev, P., & Taylor, C. B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet-and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 650.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1999). Psychopathology as risk for adolescent substance use disorders: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(3), 355-365. doi: 10.1207/S15374424jccp280308
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: L. Erlbaum Associates.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Levinson, J., & Barber, J. (2003). Flexibility in Manual-Based Psychotherapies: Predictors of Therapist Interventions in Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 13(2), 169-185. doi: 10.1093/ptr/kpg017
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact Of The Internet, Multimedia And Virtual Reality On Behavior And Society*, 5(2), 95-105.
- Couto, M., Farate, C., Ramos, S., & Fleming, M. (2011). A metodologia Q nas ciências sociais e humanas: O resgate da subjectividade na investigação empírica. *Psicologia*, 25(2), 7-21.
- Couto, M., Farate, C., Torres, N., Ramos, S., & Fleming, M. (2013). Estilo terapêutico e orientação teórica: estudo comparativo com o Therapeutic Identity Questionnaire. *Avaliação Psicológica*, 12(1), 61-70.
- Crits-Christoph, P., Barancackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carrol, K., Perry, K., . . . Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.



- Crits-Christoph, P., & Gallop, R. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and other psychotherapy studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 178-181.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: the alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 79(3), 267-278. doi: 2011-10887-001 [pii]10.1037/a0023668
- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 20. 225
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing* (3rd ed.). New York: Harper & Row Publishers.
- Danielson, S. (2009a). Q Method and surveys: Three ways to combine Q and R. *Field Methods*, 21(3), 219-237.
- Danielson, S. (2009b). Recognizing common ground: A reply to Steven R. Brown. *Field Methods*, 21(3), 242-243.
- DeFife, J. A., & Hilsenroth, M. J. (2011). Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(2), 172.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
- Dennhag, I., Gibbons, M. B. C., Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2012). How many treatment sessions and patients are needed to create a stable score of adherence and competence in the treatment of cocaine dependence? *Psychotherapy Research*, 22(4), 475-488.
- Eaton, J., & Struthers, C. W. (2002). Using the internet for organizational research: A study of cynicism in the workplace. *Cyberpsychology & behavior*, 5(4), 305-313.

Edenborough, R. (1999). *Using Psychometrics: A practical guide to testing and assessment*. Londres: Kogan Page Limited.

Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 10-32.

Enzmann, D. (1997). RanEigen: A program to determine the parallel analysis criterion for the number of principal components. *Applied Psychological Measurement*, 21(3), 232-232.

226

Epstein, J., Klinkenberg, W. D., Wiley, D., & McKinley, L. (2001). Insuring sample equivalence across Internet and paper-and-pencil assessments. *Computers in Human Behavior*, 17(3), 339-346.

Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Etchegoyen, R. H. (2001). Algumas reflexões sobre a história da técnica psicanalítica. *Psicanálise: Revista da sociedade brasileira de psicanálise de Porto Alegre*, 3(1), 175-198.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16(5), 319.

Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 477-495. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90135-X](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)90135-X)

Farate, C. (2012). *Psicanálise com limites, psicanálise ilimitada*. Lisboa: Fenda Edições.

Febbraro, A. (1995). On the epistemology, metatheory, and ideology of Q methodology: a critical analysis. In I. Lubek, van Hezewijk, R., Pheterson, G., & Tolman, C. (Ed.), *Trends and issues in theoretical psychology* (pp. 144-150). New York: Springer.

Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 262-268.

Fernandes, H. B. (1998). *Antropociências da psiquiatria e da saúde mental I: O homem perturbado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Field, A. (2009). *Discovering statistics with SPSS* (3rd ed.). London: Sage.

- Fink, A., & Kosecoff, J. (1985). *How to conduct surveys: A step by step guide*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fleming, M. (2006). Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience. *International Forum of Psychoanalysis*, 15(4), 195-200.
- Fleming, M. (Ed.). (2003). *Dor sem nome: pensar o sofrimento*. Porto: Afrontamento.
- Fonseca, A. F. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of marketing research*, 18, 382-388. 227
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), 350-361.
- Frank, J. D., & Frank, J. (2004). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In A. Freeman, M. Mahoney, P. Devito & D. Martin (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (2 ed., pp. 45-78). New York: Springer Publishing Company.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3 ed.). Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1969a). Análise terminável e interminável. *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original em alemão publicado em 1937).
- Freud, S. (1969b). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. XI). Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original em alemão publicado em 1910).
- Freud, S. (1969c). Construções em análise. *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original em alemão publicado em 1937).
- Freud, S. (1969d). Sobre a psicoterapia. *Sigmund Freud: Obras Completas* (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original em alemão publicado em 1904-1905).
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227.
- Garcia-Marques, T. (2004). A mensuração da variável "Estado de Espírito" na população portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 2(1), 77-94.

- Garfield, S. L. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13(5), 610-623. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(82\)80019-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(82)80019-1)
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 1-11.
- Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., . . . Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801-813. doi: 2009-17643-002 [pii]10.1037/a0016596
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Levinson, J., Gladis, M., Siqueland, L., Barber, J. P., & Elkin, I. (2002). Therapist interventions in the interpersonal and cognitive therapy sessions of the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychotherapy*.
- Glantz, K., & Durlach, N. I. (1997). Virtual reality (VR) and psychotherapy: Opportunities and challenges. *Presence: Teleoperators & Virtual Environments*, 6(1), 87.
- Gold, S. H., & Hilsenroth, M. J. (2009). Effects of graduate clinicians' personal therapy on therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(3), 159-171.
- Goodwin, C. J. (2005). *História da psicologia moderna*: Editora Cultrix.
- Gravetter, F. J., & Forzano, L.-A. B. (2003). *Research methods for the behavioral sciences*. USA: Wadsworth, Thomson Learning.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Greenspan, M., & Kulish, N. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-82
- Gregoire, J., & Hambleton, R. K. (2009). Advances in test adaptation research: a special issue. *International Journal of Testing*, 17(3), 164-172.

- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Barkham, M. (1998). When and why does cognitive-behavioural treatment appear more effective than psychodynamic-interpersonal treatment? Discussion of the findings from the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Mental Health*, 7(2), 179-190.
- Harkness, J. A., Pennell, B. E., & Schoua-Glusberg, A. (2004). Survey questionnaire translation and assessment. In S. Presser, J. Rothgeb, M. P. Couper, J. T. Lessler, E. Martin, J. Martin & E. Singer (Eds.), *Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., Castillo, S., & Karno, M. (2006). Common and specific effects of couples treatment for alcoholism: A test of the generic model of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 365-384.
- Hatcher, R. (2010). Alliance theory and measurement. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press.
- Hatcher, R., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25. doi: 10.1080/10503300500352500
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short-and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301-312.
- Herink, R., & Goleman, D. (1980). The psychotherapy handbook: *The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: New American Library.

- Hickie, I. B., Davenport, T. A., Luscombe, G. M., Moore, M., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Practitioner-supported delivery of internet-based cognitive behaviour therapy: evaluation of the feasibility of conducting a cluster randomised trial. *Medical Journal of Australia*, 192(11), 31.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoglend, P., Hersoug, A. G., Bogwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Sorbye, O., . . . Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 697-706.
- Holmqvist, R. (1998). The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(8), 455-461.
- Holmqvist, R. (2001). Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 104-116.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1996). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(11), 660-666.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (2006). Sources of psychiatric staff members' feelings towards patients and treatment outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 571-584.
- Holmqvist, R., & Armelius, K. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 475-490.
- Holmqvist, R., Hill, T., & Lang, A. (2007). Treatment alliance in residential treatment of criminal adolescents. *Child & Youth Care Forum*, 36(4), 163-178. doi: 10.1007/s10566-007-9037-z
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185.
- Horvath, A. O. (1994a). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 109-128). New York: John Wiley & Sons.



- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 163-173. doi:10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<163::aid-jclp3>3.0.co;2-d
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research*, 15(1/2), 3-7. doi: 10.1080/10503300512331339143
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The Working alliance: theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Humphreys, K., Winzelberg, A., & Klaw, E. (2000). Psychologists' ethical responsibilities in the Internet-based groups: Issues, strategies, and a call for dialogue. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 493.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 747.
- Hurd, R., & Bown, S. (2004-5). The future of the Q methodology movement. Operant Subjectivity: *Journal of the International Society for the Scientific Study of Subjectivity*, 28(1/2), 58-75.

International Test Commission (2003). Directrizes internacionais para a utilização de testes – versão portuguesa. Lisboa: Cegoc.

International Test Commission (2010). International test commission guidelines for translating and adapting tests. London: ITC.

Jang, D. P., Ku, J. H., Shin, M. B., Choi, Y. H., & Kim, S. I. (2000). Objective Validation of the Effectiveness of Virtual Reality Psychotherapy. *Cyberpsychology & behavior*, 3(3), 369-374. doi: 10.1089/10949310050078814

232

Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 141-151.

Kaplan, E. H. (1997). Telepsychotherapy: Psychotherapy by telephone, videotelephone, and computer videoconferencing. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 6, 227-237.

Katsuki, F., Goto, M., Takagi, H., Ozdemir, V., & Someya, T. (2006). Countertransference to psychiatric patients in a clinical setting: development of the Feeling Checklist-Japanese version. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60(6), 727-735. doi: PCN1588 [pii] 10.1111/j.1440-1819.2006.01588.x

Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105.

Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16(02), 161-172.

Kline, R. B. (2013). Exploratory and confirmatory factor analysis. In Y. Petscher & C. Schatsschneider (Eds.), *Applied quantitative analysis in the social sciences* (pp. 171-207). New York: Routledge.

Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579-592.

Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud*, 22(3), 267-283.



- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76.
- Lai, J. S., Kupst, M. J., Cella, D., Brown, S. R., Peterman, A., & Goldman, S. (2007). Using Q-methodology to understand perceived fatigue reported by adolescents with cancer. *Psychooncology*, 16(5), 437-447. doi: 10.1002/pon.1071
- Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: a revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83(1), 107-119.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 469-485. doi: 10.1016/0272-7358(89)90004-4
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357.
- Lambert, M. J., Bergin, A., & Garfield, S. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 3-15). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.

- Lambert, M. J., & Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 66-75. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00100.x
- Lampropoulos, G. K. (2000). Evolving psychotherapy integration: Eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy*, 37(4), 285.
- Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 5-19.
- Lange, A., van de Ven, J.-P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(2), 73-90. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7916\(01\)00023-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7916(01)00023-4)
- Langs, R. (1979). Interventions in the bipersonal field. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 1-54.
- Lautenschlager, G. J. (1989). A comparison of alternatives to conducting Monte Carlo analyses for determining parallel analysis criteria. *Multivariate Behavioral Research*, 24(3), 365-395.
- Leal, I. (2000). *A entrevista clinica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W., & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(6), 417-426.
- Levisky, R. B., & Silva, M. C. R. (2010). A invasão das novas formas de comunicação no setting terapêutico. *Vínculo*, 7(1), 63-70.
- Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41(2), 172-186.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*, 140, 55.
- Lissitz, R. W., & Green, S. B. (1975). Effect of the number of scale points on reliability: A Monte Carlo approach. *Journal of Applied Psychology*, 60(1), 10-13.

- Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: an evaluation". *British Journal of Psychology*; *British Journal of Psychology*, 45, 129-131.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., . . . Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 501-512.
- Luborsky, L., & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4(1), 5-14. doi: 10.1016/0272-7358(84)90034-5
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "Wild Card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106. doi: 10.1093/clipsy.6.1.95
- Luborsky, L., McLellan, A., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. (1997). The psychotherapist matters. Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., . . . Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32.
- Lyons, J. S., Howard, K. I., O'Mahoney, M. T., & Lish, J. D. (1997). *The measurement & management of clinical outcomes in mental health*: Wiley.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Preacher, K. J., & Hong, S. (2001). Sample size in factor analysis: The role of model error. *Multivariate Behavioral Research*, 36(4), 611-637.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84.

- 236 Machado, J. P. (1990). *Dicionário etimológico da língua portuguesa: Com a mais antiga documentação escrita e conhecida de muitos dos vocábulos estudados* (6 ed. Vol. 4). Lisboa: Livros Horizonte.
- Machado, P., & Horvath, A. O. (1999). Inventário da aliança terapêutica: Versão portuguesa do Working Alliance Inventory. In M.R. Simões, L.S. Almeida & M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 87-94). Braga: SHO.
- Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The Practical Aspects of Online Counseling Ethics, Training, Technology, and Competency. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 776-818.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychology & behavior*, 4(5), 551-563.
- Marmarosh, C. L., & Kivlighan, D. M., Jr. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352-367. doi: 10.1037/a0028907
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro, Sintra: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5ª ed.). Pêro Pinheiro, Sintra: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marot, R. S. V., & Ferreira, M. C. (2008). Atitudes sobre a aprovação da psicoterapia online na perspectiva da teoria da ação racional. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 317-324.
- Marque, C. R. d., & Gomes, I. C. (2006). A mudança do setting terapêutico como modelo facilitador para promover a estabilidade do vínculo frente às modificações do contexto familiar. *Revista da SPAGESP*, 7(2), 11-17.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438.

- McFarland, C., & Buehler, R. (1997). Negative affective states and the motivated retrieval of positive life events: The role of affect acknowledgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 200-214.
- McKeown, B., & Thomas, D. (1988). *Q Methodology*. Newbury Park: Sage Publications.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603-616. doi: 10.1016/j.cpr.2011.02.001
- Mehta, R., & Sivadas, E. (1995). Comparing response rates and response content in mail versus electronic mail surveys. *Journal of the Market Research Society*, 37(4), 429-439.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25. doi: 10.1093/clipsy.9.1.21
- Midkiff, D. M., & Wyatt, W. J. (2008). Ethical issues in the provision of online mental health services (etherapy). *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 310-332.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2012). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, n/a-n/a. doi: 10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Morgan-Jones, R., & Abram, J. (2001). *Psycho/Analytic Psychotherapy Trainings. A Guide*. London & New York: Free Association.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233.
- Neto, O. F. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42, 82-88.
- Newman, M. G. (2004). Technology in psychotherapy: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 141-145.

Norcross, J. C. (2002a). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 3-16). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. (2002b). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.

238

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3th ed.). New York: McGraw-Hill.

Observatório da Língua Portuguesa (2010). Falantes de português: As línguas europeias mais faladas no mundo. Recuperado de <http://observatorio-lp.sapo.pt/pt/dados-estatisticos/falantes-de-portugues-literacia>.

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172. doi: 10.1002/jclp.20272

Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373.

Oliveira, M. S., Nunes, M. L. T., Fernández-Álvarez, H., & Garcia, F. (2006). Estilo pessoal do terapeuta: dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico*, 37(3), 241-247.

Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., . . . Cierpka, M. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.

Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., . . . Wiseman, H. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153. doi: 10.1080/10503309912331332651



- Orlinsky, D., Rønnestad, M., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2000). Ironies in the history of psychotherapy research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 841-851.
- Osburn, H. G. (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods*, 5(3), 343. 239
- Ottati, V. C., & Isbell, L. M. (1996). Effects on mood during exposure to target information on subsequently reported judgments: An on-line model of misattribution and correction. *Journal of Personality and Social Psychology*; *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 39-53.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 99-107.
- Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46(2), 99-106. doi: 10.1037/0003-066x.46.2.99
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445.
- Ragusea, A. S., & VandeCreek, L. (2003). Suggestions for the ethical practice of online psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 94.
- Ramos, M. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory - Short revised*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Minho.
- Ramos, S. (2011/12). *Apontamentos de metodologia de investigação científica para o doutoramento em ciências do desporto*. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

- 240 Raue, P., Castonguay, L., & Goldfried, M. (1993). The Working Alliance: A Comparison of Two Therapies. *Psychotherapy Research*, 3(3), 197-207. doi: 10.1080/10503309312331333789
- Rayner, G., & Warner, S. (2003). Self-harming behaviour: from lay perceptions to clinical practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 16(4), 305-329. doi: 10.1080/0951507032000156862
- Reber, B. H., Kaufman, S. E., & Cropp, F. (2000). Assessing Q-Assessor: A validation study of computer-based Q Sorts versus paper Sorts. *Operant Subjectivity*, 23(4), 192-209.
- Reis, E. (2001). *Estatística multivariada aplicada* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rennie, D. L. (1998). *Person-centred counselling: An experiential approach*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Limited.
- Rhoads, J., C., Kinsey, D. F., Popovich, M. N., Focht, W., Stricklin, M., Christman, P., & Fang, K.-H. (2004-5). Commentaries on "The Future of the Q Methodology Movement". *Operant Subjectivity: Journal of the International Society for the Scientific Study of Subjectivity*, 28(1/2), 76-92.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios.
- Ribeiro, L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rickham, P. (1964). Human experimentation. Code of Ethics of the World Medical Association. Declaration of Helsinki. *British Medical Journal*, 18(2), 177.
- Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., & McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. [doi:10.1016/S0277-9536(02)00043-6]. *Social Science & Medicine*, 56(2), 375-386.
- Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 527.
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy: Review. *Cyberpsychology & behavior*, 8(3), 220-230.



- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283. doi: 10.1002/jclp.10263
- Rogers, C. (1974). *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. (1979). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said, everybody has won and all must have prizes". *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5-9.
- Rossberg, J. I., & Friis, S. (2003). Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1388-1394.
- Rossberg, J. I., Hoffart, A., & Friis, S. (2003). Psychiatric staff members' emotional reactions toward patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(1), 45-53. doi: 10.1080/08039480310000257R6YYXQGWUP989BFR [pii]
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230. doi: S0010-440X(07)00018-1 [pii] 10.1016/j.comppsy.2007.02.002
- Rounsaville, B. J., O'Malley, S., Foley, S., & Weissman, M. M. (1988). Role of manual-guided training in the conduct and efficacy of interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 681.
- Ruder, M., & Bless, H. (2003). Mood and the reliance on the ease of retrieval heuristic. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 20-32.
- Sackett, D. L., & Rosenberg, W. M. C. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal (International Edition)*, 312(7023), 71-72.

- 242
- Salvio, M.-A., Beutler, L., Wood, J., & Engle, D. (1992). The Strength of the Therapeutic Alliance in Three Treatments for Depression. *Psychotherapy Research*, 2(1), 31-36. doi: 10.1080/10503309212331333578
- Samuels, J. G., & Fetzer, S. (2008). Development of the Samuels Scale to Rate Pain Management Documentation. [doi: 10.1016/j.pmn.2008.06.004]. *Pain Management Nursing*, 9(4), 166-170.e164.
- Sandell, R. (2010). *Scoring manual for the Thld-v3 scales using the SPSS*. Manuscrito não publicado.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 921-942. doi: 10.1516/0020757001600291
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. (2002). Varieties of therapeutic experience and their associations with patient outcome. *European Psychotherapy*, 3(1), 17-35. doi: citeulike-article-id:7442018
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the therapeutic attitudes scales (tasc-2). *Psychotherapy Research*, 14(4), 469-484. doi: 10.1093/ptr/kph039
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 629-647.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17(2), 201-211. doi: 10.1080/10503300600608439
- Santos, L. (2004). *Factores Determinantes do Sucesso de Serviços de Informação Online em Sistemas de Gestão de Ciência e Tecnologia*. Dissertação de doutoramento não publicada, Escola de Engenharia da Universidade do Minho, Universidade do Minho.

- Santos, L., & Amaral, L. (2004). *Estudos Delphi com Q-Sort sobre a web: a sua utilização em sistemas de informação*. Comunicação pessoal apresentada na Conferência da Associação Portuguesa de Sistemas de Informação, actas da 5ª conferencia, Lisboa.
- Santos, S., & Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista Saúde Pública*, 37(1), 15-23.
- Sauer, E. M., Anderson, M. Z., Gormley, B., Richmond, C. J., & Preacco, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy Research*, 20(6), 702-711.
- Schoenwald, S. K., Carter, R. E., Chapman, J. E., & Sheidow, A. J. (2008). Therapist adherence and organizational effects on change in youth behavior problems one year after multisystemic therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(5), 379-394.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2005). *História da psicologia moderna*: Editora Cultrix.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 44-55.
- Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., & Stiles, W. B. (1989). The question of therapists' differential effectiveness. A Sheffield Psychotherapy Project addendum. *The British Journal of Psychiatry*, 154(3), 383-385.
- Sheridan, S., & Schuster, K. M. (2001). Evaluation of pedagogical quality in early childhood education: A cross-national perspective. *Journal of Research in Childhood Education*, 16(1), 109-124.
- Shinebourne, P., & Adams, M. (2007). Therapists' understandings and experiences of working with clients with problems of addiction: A pilot study using Q methodology. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(4), 211-219. doi: 10.1080/14733140701726159
- Smith, A. J., Kleijn, W., & Hutschemaekers, G. (2007). Therapist reactions in self-experienced difficult situations: An exploration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 34-41.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.

- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. L. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore & London: John Hopkins University Press.
- Smith, N. W. (2001). *Current systems in psychology: History theory research, and applications*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Snelling, S. J. (1999). Women's perspectives on feminism. *Psychology of Women Quarterly*, 23(2), 247.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. *Análise Psicológica*, 24(3), 373-382.
- Sousa, Z., & Ribeiro, E. (2009). Responsividade terapêutica como micro-processo da aliança. In E. Ribeiro (Ed.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios.
- Stainton-Rogers, W. (2011). *Social psychology*. London, UK: Open University Press.
- Stenner, P. (2008/2009). Q as constructivist methodology. *Operant Subjectivity*, 32, 46-69.
- Stenner, P., Watts, S., & Worrell, M. (2008). Q Methodology. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (pp. 215-239). London: Sage Publications.
- Stephenson, W. (1935). Correlating persons instead of tests. *Character and Personality*, 4, 17-24.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior; Q-technique and its methodology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Stephenson, W. (1963). Independency and operationism in Q-sorting. *Psychological Record*, 13, 269-272.
- Stephenson, W. (1986). William James, Niels Bohr, and complementarity I: Concepts. *The Psychological Record*, 36(4), 519-527.
- Stevens, J. P. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (5th ed.). New York: Routledge.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.

- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165.
- Stricklin, M., & Almeida, J. (2001). PCQ: Analysis software for Q technique (rev. ed.) [computer software]. Portland OR, USA: PCQ Software.
- Suler, J. R. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy. *Cyberpsychology & behavior*, 3(2), 151-159. doi: 10.1089/109493100315996
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tate, D. F., Jackvony, E. H., & Wing, R. R. (2006). A randomized trial comparing human e-mail counseling, computer-automated tailored counseling, and no counseling in an Internet weight loss program. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1620-1625.
- Taubner, S., Kächele, H., Visbeck, A., Rapp, A., & Sandell, R. (2010). Therapeutic attitudes and practice patterns among psychotherapy trainees in Germany. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12(4), 361-381.
- Thomas, D. B., & Baas, L. R. (1993). The issue of generalization in Q-methodology: "reliable schematics" revisited. *Operant Subjectivity*, 16, 18-36.
- Thomas, D. M., & Watson, R. T. (2002). Q-sorting and MIS research: A primer. *Communications of the Association for Information Systems*, 8, 141-156.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry*, 8, 21-21.
- Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 414.
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2004). Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 143-157.
- van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99.
- van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (1997). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *European Review of Applied Psychology*, 47(4), 263-279.

van Exel, J., & Graaf, G. (2005). *Q-methodology: A sneak preview*. Acedido em [www.qmethodology.net](http://www.qmethodology.net).

Van Tubergen, G. N., & Olins, R. A. (1979). Mail vs personal interview administration for Q sorts: a comparative study. *Operant Subjectivity*, 2(2), 51-59.

Vasco, A. B., & Dryden, W. (1994). The development of psychotherapists' theoretical orientation and clinical practice. *British Journal of Guidance and Counselling*, 22(3), 327-341.

246

Vermunt, J. K., & Magidson, J. (2005). *Latent GOLD 4.0 User's Guide*. Belmont, MA: Statistical Innovations Inc.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wampold, B. E. (2005). Establishing specificity in psychotherapy scientifically: Design and evidence issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 194-197.

Watkins, M. W. (2000). Monte Carlo PCA for parallel analysis [computer software]. State College, PA: Ed & Psych Associates.

Watkins, M. W. (2006). Determining parallel analysis criteria. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 5(2), 344-346.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Watts, S., & Stenner, P. (2005a). Doing Q methodology: Theory, method and interpretation. *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), 67 - 91.

Watts, S., & Stenner, P. (2005b). The subjective experience of partnership love: A Q Methodological study. *British Journal of Social Psychology*, 44(1), 85-107. doi: 10.1348/014466604x23473

Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279.



- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 200.
- Webler, T., Danielson, S., & Tuler, S. (2009). *Using Q method to reveal social perspectives in environmental research*. Greenfield MA: Social and Environmental Research Institute. Acedido em [www.serius.org/pubs/Qprimer.pdf](http://www.serius.org/pubs/Qprimer.pdf).
- Wells, M., Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Becker-Blease, K. A. (2007). Online mental health treatment: Concerns and considerations. *Cyberpsychology & behavior, 10*(3), 453-459. 247
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically Supported Complexity Rethinking Evidence-Based Practice in Psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science, 14*(5), 266-271.
- Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2003). Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: Evaluation of an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders, 17*(4), 351-369.
- Whyte, C. R., Constantopoulos, C., & Bevans, H. G. (1982). Types of countertransference identified by Q-analysis. *British Journal of Medical Psychology 55*(Pt 2), 187-201.
- Williams, B., Brown, T., & Onsmann, A. (2012). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care, 8*(3), 1.
- Willig, C., & Stainton-Rogers, W. (2008). *The Sage handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage Publications.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.
- World Medical Association (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects, revised. *Journal of the American Medical Association, 284*, 3043-3045.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1158-1164.
- Yurdugul, H. (2008). Minimum Sample Size for Cronbach's Coefficient Alpha: A Monte-Carlo Study. *Hacettepe University Journal of Education, 35*, 397-405.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Zimerman, D. E. (2000). Enquadre (setting) grupal. In D. E. Zimerman (Ed.), *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2 ed., pp. 144-151). Porto Alegre: Artmed Editora.

Zwick, W. R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99(3), 432.